

รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิต
เวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร):การศึกษาเชิงคุณภาพ

เสนอต่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP)

รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น

โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร):การศึกษาเชิงคุณภาพ

คณะวิจัย

พญ.เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์¹
นางสกาวัฒน์ พวงลัดดา¹
นางพรทิพย์ วชิรติลล¹
นางกนกวรรณ สุดศรีวิไล¹
นายธีระ ศิริสมุต²
นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล²
น.ส.รุ่งนภา คำผาง²
น.ส.เยาวรีย์ ดอเลาะ²

ที่ปรึกษา

นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา¹
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์²
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส²

คณะทำงาน

คุณตติยา ทুমเสน¹
นายสันต์ เพชรแสง¹

¹ คณะกรรมการสุขภาพจิต อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี
10110 โทรศัพท์: 02-149-5584

² โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 10110 โทรศัพท์: 02-590-4549, 02-590-437

ผลการศึกษาโดยย่อ

ผลการศึกษาเบื้องต้นโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมาย เร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร):การศึกษาเชิงคุณภาพ

ประเทศไทยมีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคน แต่ในปัจจุบันมีเพียงประมาณร้อยละ 8 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในปี 2554 กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้จัดทำโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเน้นการสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ภายใต้ชื่อโครงการข้างต้น

การศึกษานี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และระบบโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการเพื่อสะท้อนกลับยังพื้นที่เป้าหมาย และเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข แกนนำชุมชน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2554 ถึง กุมภาพันธ์ 2555

ผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า

- ผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกพื้นที่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต โดยเน้นให้มีการจัดบริการแบบองค์รวมทั้งทางด้านกายและทางด้านจิต แต่ระบบยังไม่เอื้อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเห็นว่านโยบายในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตไม่มีความเด่นชัดเท่าที่ควร
- ทุกกลุ่ม (ผู้ให้บริการ อสม. แกนนำชุมชน ญาติและผู้ป่วย) มีความเข้าใจลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องและมีทัศนคติเชิงลบ เช่น รังเกียจ หวาดระแวงหรือตีตราผู้ป่วย รวมไปถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน
- ทุกกลุ่มมีความเห็นว่าปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นและระบาดในทุกกลุ่มวัย ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ รวมไปถึงลักษณะทางพันธุกรรม เป็นต้น
 - โครงสร้างของระบบบริการยึดนโยบายการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และจะบรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงานของจังหวัด โดยมี สสจ.และ รพช.ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและสนับสนุน ส่วนบทบาทในการดำเนินงานหลักจะเน้นที่ รพ.สต. โดยให้มีการบริการอย่างครบวงจร ทั้งในด้านการคัดกรอง ส่งต่อเพื่อรักษา ติดตาม ฟันฟู และส่งเสริมป้องกันโรค
- ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีความก้าวหน้าดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงานหลายด้าน เช่น บุคลากรมีศักยภาพและให้ความสำคัญกับหน้าที่การปฏิบัติงาน ภาครัฐเอื้อหนุนและให้ความร่วมมือ ระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- มีปัญหาอุปสรรคที่ต้องการการสนับสนุนและแก้ไข เช่น การขาดแคลนบุคลากร การสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรในการทำงาน การให้บริการที่ยังแยกส่วนระหว่างสุขภาพกายและจิต การบริหารจัดการด้านงบประมาณ การขาดแคลนเครื่องมือ-อุปกรณ์ที่จำเป็น นโยบายด้านสุขภาพจิตที่ไม่มีความชัดเจน รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับประชาชนให้เกิดการยอมรับและร่วมมือในการแก้ปัญหา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานเกิดความคล่องตัวและส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตลดลงในที่สุด

สารบัญ

	หน้า
ผลการศึกษาโดยย่อ	1
บทนำ	3
ระเบียบวิธีวิจัย	5
ผลการศึกษา	7
เอกสารอ้างอิง	31
ภาคผนวก	32

1. บทนำ

1.1 ที่มาโครงการ

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO's Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โดยโครงการดังกล่าวกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว^(1, 2) โดยครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจาก สารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ประเทศไทยจากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปี.ศ.2551⁽³⁾ พบว่าความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด โรคซึมเศร้าและโรคจิตเป็นร้อยละ 10.9, 3.2, 2.2 และ 1.2 ตามลำดับ นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 8 โรค/ภาวะ ที่กล่าวมาข้างต้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น⁽⁴⁾ การที่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคม

ปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากหลายสาเหตุ⁽⁵⁾ ได้แก่ การขาดความเอาใจจริงเอาใจและความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความไม่รู้ของผู้ป่วยและญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอทำให้ผู้บริหารและประชาชนในสังคม ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการให้บริการทางสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้จัดทำโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการสร้างบริการทางสุขภาพจิตให้ผนวกในบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีระบบเชื่อมต่อกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพจิตและจิตเวช และการให้บริการในพื้นที่เป้าหมายก่อนดำเนินโครงการดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ วางแผน และติดตามประเมิน แต่ที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลดังกล่าวครอบคลุมหลายด้านเท่าที่ควร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นสะท้อนให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดแผนปฏิบัติการได้จำเพาะมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของโครงการ

ที่ต้องการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทย อันเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลในระดับประเทศต่อไป นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการอีกด้วย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์ปัญหา การรับรู้และความคิดเห็น เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อเสนอแนะ รวมทั้งความต้องการสนับสนุนบริการ เพื่อสะท้อนให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดแผนปฏิบัติการได้จำเพาะมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน การรับรู้และทัศนคติต่อการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและโอกาสของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการของผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2. ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) ในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แยกสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ จำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ 1) CUP โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 2) CUP โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน 3) CUP โรงพยาบาลตากสิน จังหวัดนครสวรรค์ 4) CUP โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา 5) CUP โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ 6) CUP โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2555

2.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวจะดำเนินทั้งหมด 4 วัน โดย

2.1.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

การเก็บข้อมูล สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ นพ.สสจ. หัวหน้างานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต ผอ. และผู้รับผิดชอบโครงการ รพช. โดยเข้าพบและสัมภาษณ์กลุ่มดังกล่าวที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 วัน

กรอบประเด็น ประกอบด้วย ทศนคติ การรับรู้และมุมมองความตระหนัก สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ประเด็นการจัดโครงสร้างและระบบบริการภาพรวมทั้งจังหวัดและภายใน CUP ที่ดำเนินโครงการ การวิเคราะห์ความสำเร็จและปัจจัยภายนอกและภายในองค์กรที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งข้อเสนอแนะและความต้องการสนับสนุนการให้บริการ

2.1.2 สนทนากลุ่ม (Focus group)

การเก็บข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการนัดประชุมร่วมกับการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (action plan) ของแต่ละพื้นที่ จำนวน 2-3 วัน กลุ่มสนทนาประกอบด้วย

กลุ่ม	ผู้เข้าร่วมการอบรมฯ	จำนวน (คน)
ผู้บริหาร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช หรือตัวแทน	1
	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต หรือตัวแทน	1
	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือตัวแทน	1
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	1
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)	1/แห่ง
	หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง (PCU)	1/แห่ง
	สาธารณสุขอำเภอ หรือตัวแทน	1
	ผู้อำนวยการ สปสช. เขต หรือตัวแทน	1
ผู้ให้บริการ	ผู้อำนวยการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือตัวแทน	1-2
	ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลจิตเวช (จิตแพทย์ / พยาบาลจิตเวช)	3
	ผู้รับผิดชอบหลักในศูนย์สุขภาพจิต	1-2
	ผู้รับผิดชอบหลักในโรงพยาบาล (CUP) (พยาบาลจิตเวช)	1-2
	ผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)	1-2/แห่ง
	ผู้รับผิดชอบหลักในศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง (PCU)	1-2/แห่ง

กลุ่ม	ผู้เข้าร่วมการอบรมฯ	จำนวน (คน)
ชุมชน/เครือข่าย	เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	1-2/แห่ง
	แกนนำชุมชน/ชมรมสุขภาพจิตในพื้นที่/อสม./มูลนิธิ	2-4/แห่ง
	ญาติและผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ (อาการดีขึ้นและสามารถให้ข้อมูล)	2-4/แห่ง

ประเด็น ประกอบด้วย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ การจัดโครงสร้างและหน้าที่ของระบบ การดำเนินงานในการให้บริการทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ความสำเร็จของการจัดบริการ และความต้องการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานภายนอก

2.2 ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

จังหวัด (รพช. / CUP)	วันประชุม
ยะลา (โรงพยาบาลรามัน)	28 พ.ย. – 2 ธ.ค. 54
น่าน (โรงพยาบาลน่าน)	13 – 16 ธ.ค. 54
เชียงใหม่ (โรงพยาบาลสารพี)	9 – 13 ม.ค. 55
นครราชสีมา (โรงพยาบาลชุมพวง)	23 – 27 ม.ค. 55
สุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลดอนสัก)	30 ม.ค. – 3 ก.พ. 55
นครสวรรค์ (โรงพยาบาลตากลิ)	6 – 10 ม.ค. 55

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมวิจัยบันทึกข้อมูลแบบ Short note บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง และถอดเทปของการสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเช่นกัน โดยแบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็น 3-4 กลุ่ม (ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล) ทีมวิจัยจะบันทึก Short note บันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง และถอดเทป หลังจากนั้นจะนำข้อมูลทั้งสองส่วนมาวิเคราะห์ร่วมกันเป็นภาพรวมของจังหวัด โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปตามประเด็นข้อหัว จากนั้นจะวิเคราะห์เนื้อหาเป็นภาพรวม

3. ผลการศึกษา

ในส่วนนี้จะอธิบายผลการศึกษาแยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

- ภาพรวมของจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินโครงการ
- สรุปผลการวิเคราะห์แยกแต่ละ CUP (อธิบายรายละเอียดแต่ละ CUP ในภาคผนวก 29)

3.1.1 ผลการศึกษาการวิเคราะห์ภาพรวมของจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินโครงการ

การรับรู้และทัศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกพื้นที่เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความสำคัญและควรได้รับการแก้ไข ทุกคนมีทัศนคติและการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ของตนที่เอื้อต่อการดำเนินงานในภาพรวม โดยมองว่าการจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต้องดำเนินการควบคู่กับด้านสุขภาพกายอย่างเป็นองค์รวม (integrated) และควรดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ผู้บริหารหลายคนมีทัศนคติเพิ่มเติมว่าด้วยข้อจำกัดหลายอย่าง โดยเฉพาะการขาดแคลนและภาระงานของบุคลากร ทำให้การจัดบริการ “เชิงเดียว” หรือดำเนินการเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ทำให้เป้าหมายในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีไม่ประสบผลสำเร็จ บางคนเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้นแต่ยังเป็นปัญหาต่อชุมชน สังคม ซึ่งการแก้ไขจึงควรดำเนินการเป็นวาระของจังหวัดเพื่อให้หน่วยงาน ชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนรับรู้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

อีกทั้งทุกพื้นที่ยังเห็นตรงกันว่านโยบาย ตัวชี้วัดและผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข สื่อถึงการ “หย่อนยาน” ต่อการแก้ไขปัญหา ไม่เอื้อและไม่จำเพาะต่อการดำเนินงานในด้านนี้เด่นชัด เกือบทุกพื้นที่จึงดำเนินการให้เป็นตามนโยบายที่ได้รับมอบหมายเพื่อผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งหลายพื้นที่สะท้อนชัดเจนว่า หากต้องการให้พื้นที่เห็นความสำคัญและมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา ผู้บริหารระดับกระทรวงฯ ต้องให้ความสำคัญและมีความชัดเจนในนโยบายก่อน

ผู้ให้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชควรต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเห็นว่าปัญหาสุขภาพไม่ว่าจะด้านกายหรือจิตใจจะมีผลต่อกัน นั่นหมายถึงหากพบว่าเกิดปัญหาด้านหนึ่งด้านใดก็จะอาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่ออีกด้านด้วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจึงควรต้องดำเนินการควบคู่ทั้งสองด้าน ซึ่งที่ผ่านมางานสุขภาพจิตและจิตเวชถูกสอดแทรกอยู่กับงานอื่นไม่ได้มีความเด่นชัดนัก ทำให้ถูกมองว่าเป็นงานที่มีความสำคัญน้อยลงไป ทุกพื้นที่เห็นว่าบริการที่ผ่านมายังไม่ทั่วถึง ไม่มีประสิทธิภาพ นโยบายยังไม่ชัดเจน ระบบบริการที่ยังไม่พร้อมและเอื้อต่อการทำงาน ขาดแคลนบุคลากรและยังมีจุดอ่อนด้านศักยภาพ นอกจากนี้ยังมีบางเครือข่าย หรือบางหน่วยงานยังไม่เห็นความสำคัญและร่วมมือในการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง รวมทั้งปัญหาความไม่เข้าใจ ทัศนคติของประชาชนต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ต้องปรับปรุง

กลุ่มผู้ให้บริการ แกนนำชุมชน และ อสม. ทุกพื้นที่อธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเด่นชัดตรงกัน ภาพรวมทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่เกือบทั้งหมดมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย นั่นคือ รู้สึกเห็นใจ สงสารอยากช่วยเหลือ และเห็นว่าควรมีระบบการให้บริการที่นำผู้ป่วยเหล่านี้เข้าสู่ระบบการรักษา ฟันฟูได้ ส่วนบางส่วนมีทัศนคติเชิงลบ คือ เกิดความรู้สึกลัวในกลุ่มผู้ป่วยที่อาละวาด ใช้ความรุนแรง อาการกำเริบ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชจากแอลกอฮอล์ และรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยที่แต่งตัวสกปรกไม่ดูแลตนเองอยู่บ้าง

นอกจากนั้นแล้ว ทุกกลุ่มทุกพื้นที่จะมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลหลายรายยังมีทัศนคติไม่ดีต่อการป่วยทางจิตเวช ยังไม่ยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เป็นการป่วยหรือเป็นโรค แต่เห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคือภาวะของการชดใช้กรรม การถูกสาปแช่งจากอะไรบางอย่าง และหลายรายจะคิดว่าหากคนภายนอกจะรู้จะถูกตีตราว่าเป็นคนบาป เป็นคนบ้า นั้นจะเสื่อมเสียต่อตนเองและครอบครัว เหตุผลนี้เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้ารับการรักษาหรือการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก ซึ่งในทัศนคตินี้ได้รับการยืนยันจากการสนทนาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย

กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ยังสะท้อนตรงกันว่า ชาวบ้านในพื้นที่ส่วนหนึ่งไม่เข้าใจต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งด้านตัวโรคหรือปัญหา สาเหตุปัญหา แนวทางดูแล รักษา พื้นฟู ยกตัวอย่างเช่น ทุกพื้นที่มีชาวบ้านส่วนหนึ่งเข้าใจว่าตัวโรคหรือการป่วย สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากเวรกรรมหรือการชดใช้กรรมในอดีต เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ เช่น โดนของหรือผีเข้าสิง ไปปลุกเจ้าที่หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น อีกทั้งยังมีส่วนหนึ่งเข้าใจว่าอาการที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงออกเป็นการเรียกร้องความสนใจเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อมารักษาตัวที่บ้าน ส่วนหนึ่งจะไม่ทราบที่ต้องดูแล พื้นฟูสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้กลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้อย่างไร ในด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช ยังพบว่ามีชาวบ้านทุกพื้นที่ส่วนหนึ่งมีความรู้สึกเชิงลบต่อผู้ป่วย กีดกันไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชน ยังตีตราและเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านั้นเป็นคนบาป ต้องชดใช้กรรมที่ตนเองได้ทำไว้ให้หมดก่อน เป็นต้น

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ร่วมสนทนาทุกกลุ่มทุกพื้นที่ เห็นตรงกันว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีความซับซ้อนและแผ่กระจายไปสู่ทุกกลุ่มคน ทุกวัยมากขึ้น โดยจากการคาดการณ์ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่มีอยู่ประมาณร้อยละ 10-30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งผู้ร่วมสนทนาบางพื้นที่วิเคราะห์ว่ายังมีกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษาประมาณร้อยละ 5-15 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า ลำดับแรกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชใน 6 พื้นที่มีลักษณะปัญหาค่อนข้างเหมือนกัน นั่นคือ ปัญหาจิตเวชจากสุรา และสารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตเวช ปัญหาการฆ่าตัวตาย มีบางพื้นที่ ได้แก่ อำเภอมะริม เชียงใหม่ เห็นว่าปัญหาสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ออทิสติกในเด็กเริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อำเภอดอนสัก สุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญต่อปัญหาความผิดปกติทางพัฒนาการเด็กเป็นพิเศษ

ทุกพื้นที่ได้วิเคราะห์และสามารถสรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1.1. ปัจจัยจากตัวบุคคล จากการอภิปรายนอกจากจะบอกว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพันธุกรรมแล้ว ยังได้สรุปสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยแบ่งตามช่วงอายุเป็น 3 กลุ่ม นั่นคือ กลุ่มวัยรุ่นวัยทำงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละกลุ่มที่กล่าวมามีเหตุปัจจัยที่พบปัญหาที่แตกต่างกัน ได้แก่

- กลุ่มวัยรุ่น มักพบปัญหาการติดสิ่งเสพติด มั่วสุม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายๆ ด้าน ไม่มีภูมิคุ้มกันที่ดีกับตนเอง หมกมุ่นและใช้เวลาว่างไม่เกิดประโยชน์ หาหนทางหรือวิธีจัดการความเครียด/ความรู้สึกตนเองไม่ถูกต้อง การถูกชักจูงจากสงเร้าภายนอกได้ง่าย

- กลุ่มวัยทำงาน มักพบปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการทำงานไม่ว่าเป็นภาคการเกษตร อุตสาหกรรม ภาครัฐหรือเอกชน และอีกส่วนหนึ่ง ปัญหาที่พบมักเกิดจากการแบกรับภาระของตนเอง ครอบครัว สังคม โดยถูกกระตุ้นด้วยปัญหาหรือสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมภายนอก หากการเลือกรับสิ่งดีและการจัดการอารมณ์หรือ

แก้ไขปัญหาลดความเสี่ยง ประคบกับหากมีสภาวะบกพร่องทางกาย สิ่งเหล่านี้จะก่อผลให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจลดลงได้

- กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่พบปัญหาทางกายมาก เช่น โรคเรื้อรัง พิกการ สมองเสื่อม กลุ่มเหล่านี้จะมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นน้อยลง ทำให้สัมพันธ์ระหว่างคนรอบข้างน้อยลงไปด้วย ผู้ร่วมสนทนาให้ความเห็นว่าสภาพจิตใจของผู้สูงอายุจะมีความเข้มแข็งลดน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อปัญหาทางกายลุ่มแล้ว หากการดูแลเอาใจใส่ของคนรอบข้างไม่ดี เสริมแรงกับสภาพจิตใจที่อ่อนล้า จึงมักเห็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย

1.2. ปัจจัยจากปัญหาครอบครัว ทุกพื้นที่เห็นตรงกันว่า “สถาบันครอบครัว” เป็นสถาบันที่จะสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ดีที่สุด เพราะเกือบทุกปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนหนึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับครอบครัวแตกแยก ไม่มีความอบอุ่น หัวหน้าครอบครัวและสมาชิกไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูหรือเอาใจใส่ดูแล หรือมีความเข้มงวดเกินไป

1.3. ปัจจัยจากปัญหาเศรษฐกิจ ได้แก่ ภาระหนี้สิน ความยากจน การดิ้นรนเพื่อทำมาหากินเลี้ยงชีพ ตกงานหรือว่างงาน ซึ่งหากผู้ที่แบกรับปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถจัดการให้เกิดความสมดุลของจิตใจตนเองแล้ว มักพบปัญหาสุขภาพจิต ตามมา

1.4. ปัจจัยจากการระบาดของแอลกอฮอล์และสารเสพติด ทุกพื้นที่ให้ความสำคัญและเห็นว่าเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นวงกว้าง ขยายไปในทุกกลุ่มอายุ และเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์ และเห็นว่ามีปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงแอลกอฮอล์ เช่น มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วไปและเทศกาลสำคัญ มีการผลิตสุราพื้นบ้าน ไม่มีการป้องปรามจากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง มีอิทธิพลของคนในพื้นที่ เป็นต้น ส่วนในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดยะลาพบการเข้าถึงสารเสพติดง่ายขึ้น มีการสนับสนุนแอบแฝงในพื้นที่ให้เกิดการซื้อและขาย รวมถึงการคิดสูตรสารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงการตีมูลค่าที่ผิดหลักศาสนา ปัญหานี้ยังไม่สามารถควบคุม “นักเสพ/ดื่มหน้าเก่า” ได้ ขณะเดียวกัน “นักเสพ/ดื่มหน้าใหม่” ไม่สามารถป้องกันได้เช่นกัน

1.5. ปัจจัยจากสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ/ค่านิยม ผู้ร่วมสนทนาบางพื้นที่เห็นว่าลักษณะทางสังคม ได้แก่ การดำเนินชีวิต ความเชื่อ ค่านิยมหรือวัฒนธรรม เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ เช่น ค่านิยมการดื่มสุราในช่วงการทำงานของภาคเหนือ วัฒนธรรมของชนเผ่าหรือผู้หญิงภาคเหนือที่ให้เกียรติและเชื่อฟังสามี เป็นต้น

1.6. ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมอื่นๆ เช่น ความไม่สงบในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา หรืออุทกภัยในพื้นที่อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์ และอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้น ความขัดแย้งในระดับชุมชนหรือระดับประเทศ ผลอีกด้านหนึ่งของได้รับสื่อที่ไม่เกิดการไตร่ตรองข้อมูล เช่น มีพฤติกรรมเลียนแบบ อยากได้ อยากมีสิ่งที่เห็นตามสื่อโดยขาดการพิจารณาสิ่งที่ตนเองเป็น หรือเครียดกับเหตุการณ์ความรุนแรง ความขัดแย้งทางสังคม เป็นต้น

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิต

ภาพรวมแล้วทุกพื้นที่มีโครงสร้างการทำงานที่คล้ายคลึงกัน โดยทำตามนโยบายและยึดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาปรับใช้ตามบริบทและโครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดตน การทำงานภายในจังหวัดจะขึ้นตรงตามแนวนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะดำเนินการได้ดี จึงขึ้นอยู่กับทำให้ความสำคัญ ตระหนักและมีแผนดำเนินงานด้านนี้

ชัดเจนของผู้บริหาร สสจ. จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหาร สสจ. ทุกพื้นที่จะบรรจุนโยบายในแผนปฏิบัติการของจังหวัด โดยทำตามตัวชี้วัดที่กรมสุขภาพจิตกำหนดมา เนื่องจากแนวคิดที่ว่าปัญหาทางกายและทางจิตส่งผลต่อการเป็นโรคหรือปัญหาของกันและกันได้ และผู้บริหารหลายคนมองว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องยาก เพราะเป็นปัญหาที่ยากต่อการวินิจฉัย ไม่มีสิ่งก่อโรคที่ชัดเจนและเป็นปัญหาที่เกิดการสะสมระยะหนึ่ง สัญญาณบอกเหตุต้องอาศัยคนในพื้นที่สังเกต เผื่อระวังและคัดกรอง อีกทั้งการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน ข้อจำกัดด้านศักยภาพ และภาระงานหลายด้าน รวมทั้งข้อจำกัดของโครงสร้างพื้นฐานอื่นๆ เหล่านี้ทำให้งานสุขภาพจิตถูกนำไปรวมหรือสอดแทรกกับงานด้านสุขภาพกายอื่นๆ เช่น โรคเรื้อรัง ยาเสพติด โครงการ To be Number One เป็นต้น

ที่ผ่านมาทุกพื้นที่ได้ให้ความสำคัญมากขึ้น เช่น CUP ตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ มีการพัฒนาสถานบริการจิตเวชโดยเปิดให้มีคลินิกพิเศษ แบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบ และแบ่งกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับ CUP ชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีคลินิกพิเศษด้านจิตเวช กระตุ้นเจ้าหน้าที่และประชาชนให้มีความเข้าใจมากขึ้นผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ ในพื้นที่ CUP เมืองน่าน พัฒนาระบบการรักษาโดยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของตน จัดบริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลน่าน และเพิ่มช่องทางพิเศษเพื่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ CUP รามัน จังหวัดยะลา พัฒนาระบบการส่งต่อ ระบบข้อมูล การเผื่อระวังจากเครือข่ายแกนนำในชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทหาร CUP นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผนวกรวมงานด้านจิตเวชและพัฒนา “การเยี่ยมบ้าน” ให้ครอบคลุมงานทางกายและกายจิต เป็นต้น

การดำเนินงานในระดับ CUP อาจกล่าวได้ว่า สสจ. รพช. เป็นศูนย์กลางในการกำหนดนโยบายของจังหวัด โดยมี รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานตามนโยบายนั้นๆ ซึ่งไม่ว่าผู้บริหาร ผู้ให้บริการระดับใดก็ตามต่างเห็นตรงกันว่า ‘เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ที่คลุกคลีในพื้นที่ จะเป็นแรงขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพจิตได้ดีที่สุด’ โดยบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. จะครอบคลุมการให้บริการเกือบทั้งระบบ ได้แก่ การคัดกรอง ส่งต่อเพื่อรักษา ติดตาม ฟื้นฟู และส่งเสริมป้องกันโรค ดังนั้น รพ.สต. จึงเป็นเหมือนผู้ประสาน เชื่อมงาน เชื่อมคนและเชื่อมระบบ รวมทั้งเป็นผู้วางแผนและปฏิบัติเพื่อหาแนวทางที่สอดคล้องกับพื้นที่ตน

การสนทนากลุ่มพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่มีพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และจะถูกรวมเป็นงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรค ซึ่ง รพ.สต. ทุกพื้นที่จะประสานและทำงานร่วมกับบุคคล หน่วยงาน องค์กรในพื้นที่ ซึ่งหลายพื้นที่ใช้คำว่า “เครือข่ายแกนนำสุขภาพจิต” เช่น อสม. แกนนำชุมชน แกนนำยาเสพติด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน อปท. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน หรือศูนย์บริการ 1669 บางพื้นที่เช่น อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีชมรมจิตประภัสสร อำเภอเมืองน่าน มีชมรมฮักเมืองน่าน เพื่อดำเนินงานด้านนี้อีกด้วย

รพช. จะรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา และเป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ทั้งเรื่องการบริหารจัดการ วิชาการ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งงบประมาณ มีการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังรพ.จิตเวช และส่งผู้ป่วย ข้อมูลกลับสู่ รพ.สต. เพื่อติดตามต่อ แต่หากผู้ป่วยไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตาม รพช. จะต้องติดตามหรือนัดหมายผู้ป่วยเอง เกือบทุก รพช. จะมีช่องทางพิเศษเพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะ

เกือบทุกพื้นที่จะมีช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายแกนนำ รพ.สต. รพช. รพ.จิตเวช ทั้งแบบเป็นทางการ เช่น ติดต่อทางโทรศัพท์ของสถานพยาบาล ตามแบบฟอร์มรายงาน และไม่เป็นทางการ เช่น การ

ติดต่อโดยตรงกับจิตแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ นอกจากนั้นหลายพื้นที่มีการใช้โปรแกรม Skype Tele conference เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วย

แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

ทุก CUP ที่ร่วมสนทนามีระบบการให้บริการคล้ายคลึงกัน โดยแยกงานด้านสุขภาพจิต ออกเป็น 4 ประเด็นหลัก นั่นคือ การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช และการส่งเสริม ป้องกัน โดยทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ มีความเห็นตรงกันว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นหรือให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา และเฝ้าระวัง ติดตาม ฟื้นฟูผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำงานเชิงรับ ส่วนงานด้านอื่นๆ รวมทั้งการทำงานเชิงรุกไม่ว่าจะประเด็นไหนก็ตามยังอ่อนด้อยอย่างมาก

การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย

ทุกพื้นที่เน้นคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต ผู้มีประวัติเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอื่น มีบางพื้นที่ในบาง CUP ที่คัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งทำตามนโยบายที่กำหนด (ทำตามตัวชี้วัด) โดย รพ.สต. จะอบรมแบบคัดกรอง วิธีการคัดกรอง และเป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่ายแกนนำ ได้แก่ อสม. แกนนำชุมชน อปท. โดยเฉพาะ อสม. ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญมากในเรื่องนี้ จากการสนทนาพบว่าแนวทางการคัดกรองที่ อสม. และเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ค้นหาผู้ที่เสี่ยงได้ผลดีที่สุด คือ การทำความเข้าใจ สร้างความคุ้นเคย และเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน มี อสม. หลายคนในหลายพื้นที่ใช้คำว่า “สอดรู้สอดเห็นเรื่องชาวบ้าน” ซึ่งหมายถึงการแสดงถึงความห่วงใย ใส่ใจ ถามไถ่ หากพบผู้ที่มีพฤติกรรมหรือแนวโน้มหรือมีสัญญาณเสี่ยง จะใช้แบบคัดกรอง 2Q เพื่อคัดกรองและประเมินอีกครั้ง

การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา

พยาบาลเวชปฏิบัติหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน รพ.สต. จะเป็นผู้คัดกรองด้วย 8Q 9Q ข้ำในรายชื่อ อสม. คัดกรองและพบว่าอาจเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หากประเมินข้ำแล้วพบว่าเข้าข่ายเป็นผู้ป่วยจิตเวช จะให้คำปรึกษาเบื้องต้น บางรายจะให้ยาจิตเวช ซึ่งเกือบทุกพื้นที่ (ยกเว้น CUP รามัน และ CUP ดอนสัก) จะมียาจิตเวชอย่างน้อย 2 ชนิดอยู่ที่ รพ.สต. ได้แก่ Diazepam 2, 5 บาง รพ.สต. ที่ CUP ชุมพวง จะมี Amitrip Lorazepam ด้วย ขั้นตอนการประเมินข้ำจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาง CUP ชุมพวง จะเปิดสายด่วนจิตแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการคัดกรองและแนวทางการให้คำปรึกษาเบื้องต้น จากนั้น รพ.สต. จะทำเรื่องส่งตัวหรือแนะนำให้ผู้ป่วยพบจิตแพทย์ที่ รพช. ต่อไป ซึ่งทุกพื้นที่มีระบบขั้นตอนการส่งต่อที่ชัดเจน โดยมีการประสานงานกับหน่วย EMS หรือ 1669 เพื่อไปรับการรักษาด้วยโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ หรือให้ญาตินำส่งเองในกรณีที่ไม่เร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ซึ่งในเรื่องดังกล่าว CUP ชุมพวงพัฒนาระบบส่งต่อดังกล่าวเพื่อเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอาละวาด คลุ้มคลั่ง รพ.สต. ทุกพื้นที่จะประสานขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานองค์กรภาคี เช่น แกนนำชุมชน อปท. หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ตำรวจ ทหาร เป็นต้น เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่ง CUP รามัน ส่วนใหญ่จะขอความร่วมมือจากทหารเพราะมีทั้งกำลังคน ความสามารถ อุปกรณ์ และความน่าเกรงขาม

ด้านการรักษา โดยหลักเกณฑ์เบื้องต้น รพ.สต. จะไม่มีบทบาทด้านนี้ เพียงแต่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและส่งต่อมาที่รพช.หรือรพ.จิตเวช โดยจะประสานเป็นลำดับขั้นตอน ในช่วงหลังเริ่มให้มีจิตเวชบางชนิด เพื่อการรักษาหรือระงับอาการเบื้องต้น สำหรับ CUP รมัน และ CUP ดอนสัก เนื่องจากมีเหตุการณ์ปล้นจี้ยา รวมทั้งผู้บริหารเห็นว่า ยานี้เสพติดได้หากใช้ติดต่อกันนาน จึงไม่อนุญาตให้มีจิตเวชทุกชนิดใน รพ.สต. ส่วน CUP นครพิงค์ CUP ชุมพวง CUP ตาคลี จะจัดยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีทะเบียนรักษาไปที่ รพ.สต. เป็นประจำทุก 2 หรือ 3 เดือน

สำหรับบทบาทในการวินิจฉัยโรคและรักษาหลัก คือ รพช.หรือรพ.จิตเวช ซึ่งมีหลาย รพช. เช่น ชุมพวง ตาคลี เปิดคลินิกจิตเวชเป็นการเฉพาะ และตาคลีเองจะมี Mobile clinic ลงติดตาม พันฟู รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบรักษาทุก 2 เดือน เป็นต้น

การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

หลังจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลชุมชนรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว จะส่งตัวกลับชุมชน โดยส่งทะเบียนข้อมูล ตารางการติดตาม รวมทั้งแนวทางหรือวิธีช่วยเหลือและให้คำปรึกษาไปที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบ ซึ่งโดยปกติจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม เฝ้าระวังอาการ ให้คำปรึกษา แนะนำการกินยาอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้มี CUP รมัน และ CUP ดอนสัก ที่พูดถึงการออกติดตาม เยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ซึ่งต้องรับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือครอบครัวก่อน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เห็นว่าการทำงานในพื้นที่จะยากลำบากมากขึ้น และเสี่ยงต่อการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยที่ CUP อื่นๆ ไม่ได้อภิปรายหรือกล่าวถึงประเด็นการยินยอมจากผู้ป่วยหรือครอบครัวนี้มากนัก

การออกติดตามเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. จะประสานงานร่วมกับ อสม. แกนนำชุมชน (บางพื้นที่ใน CUP รมันจะประสานตำรวจ ทหารด้วย) โดยมีทะเบียนและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และหากเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่คงที่ หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทาง รพ.สต. จะประสานร่วมกับ รพช. หรือ รพ.จิตเวช (ที่ CUP ตาคลีจะใช้ Mobile clinic ในการออกติดตาม เยี่ยมบ้าน)

การฟื้นฟูสภาพจิตใจมีหลากหลายวิธี แต่หากเป็นกิจกรรมในชุมชน ส่วนใหญ่จะผนวกรวมไปกับงานฟื้นฟูด้านอื่นๆ เช่น กิจกรรมส่งเสริมอาชีพในกลุ่มผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ รพ.สต. จะประสานเพื่อขอความร่วมมือ อปท. หน่วยงานสังคมและความมั่นคง มนุษย์ วัด โรงเรียน เป็นต้น

มีบาง CUP ที่มีกิจกรรมเฉพาะเพื่อบำบัด พันฟู ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะ เช่น ชมรมสายใยดวงใจน่าน ชมรมฮักเมืองน่าน ชมรมจิตประภัสสร จัดตั้งกองทุนผู้ป่วยจิตเวช ที่ CUP ดอนสัก กิจกรรมให้พระออกเยี่ยมผู้พิการและผู้ป่วยจิตเวช กิจกรรมธรรมะบำบัดทุกวันอาทิตย์ที่ CUP ตาคลี

การป้องกันและส่งเสริมด้านสุขภาพจิต

ในชุมชนหรือแผนการดำเนินงานของ รพ.สต. จะไม่มีกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ ส่วนใหญ่สอดแทรกในงานส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การแก้ปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

ที่ผ่านมาแต่ละ CUP ได้ดำเนินหลายกิจกรรมหรือหลายโครงการ ยกตัวอย่างเช่น ต. ดอกแก้ว จังหวัด เชียงใหม่ จัดกิจกรรมเติมสุขทุกวันพฤหัสบดี ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ โดยจัดบริการรับส่งผู้เข้าในกิจกรรม เน้นกิจกรรมผ่อนคลาย พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกอาชีพ CUP ตาคลี มีโครงการส่งเสริม EQ ในเด็ก

อายุ 3-11 ปี โครงการเพื่อนใจวัยโจ๋ โครงการเสริมสุขภาพใจในชุมชน เป็นต้น CUP เมืองน่าน เน้นปรับความรู้ ทักษะคิดในกลุ่มประชาชนทั่วไป ด้วยการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ และเน้นช่องทางที่ถึงตัวประชาชน มากที่สุด เช่น การประชุมหมู่บ้าน ผ่านหอกระจายเสียงชุมชน ช่วงมีเทศกาลในหมู่บ้าน เป็นต้น ชมรมจิต ปรึกษาที่ CUP ดอนสัก เน้นให้เกิดเครือข่าย อสม. แกนนำสุขภาพจิต โดย อสม. 2 คนจะดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 คน และจัดกิจกรรมทั้งฟื้นฟู ส่งเสริม ป้องกันอย่างต่อเนื่อง และที่ CUP รามัน เน้นเสริมพลังความรู้ ทักษะคิด แก่ อสม. และกลุ่มแกนนำเพื่อไปถ่ายทอดต่อในหมู่บ้าน โดยมุ่งแก้ไขปัญหาที่พบมากในพื้นที่ เช่น ปัญหา ยาเสพติด ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความไม่สงบ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ หรือกิจกรรม ผลผลิตและผลลัพธ์ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งในภาพรวมแล้ว ผู้ร่วมสนทนาประเมินความสำเร็จของ การดำเนินการประมาณร้อยละ 30-50 และที่สำคัญเห็นว่าการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาทำให้ผู้บริหาร ผู้ ให้บริการ ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะคิด เห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตและจิต เวชเพิ่มขึ้น รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร ภาควิชาเครือข่ายภายนอกตื่นตัวเข้ามามีส่วนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันมาก ขึ้น

ยกตัวอย่างผลสำเร็จของแต่ละพื้นที่ เช่น CUP เมืองน่าน เห็นว่าระบบการดำเนินงานเอื้อต่อความสำเร็จ และพัฒนา CPG จิตเวชในพื้นที่ของตนโดยเฉพาะ ในขณะที่ CUP นครพิงค์ เห็นว่ากิจกรรมที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนมากขึ้น CUP ตาคลี เห็นว่ามีระบบการจัดบริการจิตเวชที่ครบ วงจรเพิ่มขึ้น มีการเปิดบริการคลินิกจิตเวชโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นที่ศึกษาดูงานของพื้นที่และจังหวัดอื่นด้วย ซึ่งผล ความสำเร็จคล้ายคลึงกับ CUP ตาคลี และที่สำคัญบุคลากรที่รับผิดชอบรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในการ ทำงานของตนและระบบมากขึ้น CUP ดอนสัก พบว่าเกิดเครือข่ายแกนนำสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและสามารถ แก้ปัญหาปัญหาสุขภาพจิตให้ลดลงได้ ส่วน CUP รามัน สามารถพัฒนาระบบการส่งต่อ การประสานงาน ระหว่างผู้เกี่ยวข้องท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จากการสนทนา พบว่าทุกพื้นที่มี “จุดร่วมของความเห็น และ จุดที่ต่างออกไปของแต่ละพื้นที่ ” ของ ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ดังนี้

จุดร่วมของความเห็น	จุดที่ต่างไปของแต่ละพื้นที่
1. มีผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน (ส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ)	1. (น่าน) มี CPG จิตเวช มีการบรรจุงานสุขภาพจิต ในแผนยุทธศาสตร์ชุมชน รพช. มีการให้บริการ รักษาหอผู้ป่วยจิตเวชและเปิดช่องทางลัด มีการ ขับเคลื่อนภาคประชาชน คือ “ชมรมฮักเมือง น่าน”
2. มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติ ในพื้นที่	2. (นครสวรรค์) มีคู่มือดูแลผู้ป่วยและปรับให้ตรง บริบท
3. ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญ มีความรู้และ ทักษะคิดดีขึ้น	3. (นครราชสีมา) มีค่าตอบแทนการค้นหาผู้ป่วย
4. มีโครงสร้างการทำงานทั้งระบบ	4. (เชียงใหม่ นครราชสีมา) มีและบริหารเวชภัณฑ์ให้ เพียงพอ
5. อสม. แกนนำเครือข่ายให้ความร่วมมือ เข้มแข็ง มีจิตอาสา ถึงไม่มีค่าตอบแทน	
6. มีการสื่อสาร ช่องทางและประสานงานดีขึ้น	

จุดร่วมของความเห็น	จุดที่ต่างไปของแต่ละพื้นที่
7. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามและวางแผน 8. หน่วยงาน องค์กรและภาคีภายนอก เช่น แกนนำชุมชน อปท. EMS 1669 ตำรวจ ทหาร ผู้นำศาสนาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี 9. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำ 10. มีช่องทางสนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล อปท.	5. (นครสวรรค์ นครราชสีมา) มีคลินิกจิตเวชเฉพาะ

ปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

ทุกพื้นที่เห็นว่าการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมา มีปัญหา อุปสรรคทั้งด้านนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข นโยบายระดับจังหวัด ความไม่พร้อมของโครงสร้างพื้นฐานของระบบการให้บริการ รวมไปถึงปัญหา อุปสรรคจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศอีกด้วย จากการวิเคราะห์ของ 6 พื้นที่ เห็นสอดคล้องกันหลายประเด็น รวมทั้งมีบางประเด็นที่เห็นต่างออกไป สรุปได้ดังนี้

จุดร่วมของความเห็น
บุคลากร <ol style="list-style-type: none"> ขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. มีภาระหน้าที่มาก รับผิดชอบทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชน ให้ความสำคัญโรคทางกายที่มีแนวทางการดูแลรักษา ป้องกันได้มากกว่า เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน หลายคนเห็นว่าเป็นงานที่ไม่มีใครอยากทำ ไม่มีความก้าวหน้า ไม่มีการสนับสนุนวิชาการ เช่น อบรม ส่งไปศึกษาต่อ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ถูกมองว่าไม่มีความรู้ ทักษะศักยภาพในการทำงาน บางพื้นที่ชาวบ้านยังไม่เชื่อมั่นการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ไม่มีทักษะที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น ทักษะชุมชนสัมพันธ์ เทคนิคการไกล่เกลี่ย ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น
งบประมาณ <ol style="list-style-type: none"> การเบิกจ่ายงบประมาณไม่คล่องตัว ล่าช้า หลายขั้นตอน ถึงแม้มีกองทุนสุขภาพตำบล แต่เข้าถึงยาก ไม่สามารถนำมาใช้ในงานด้านสุขภาพจิตได้เต็มที่ งบประมาณเน้นด้านการรักษา พื้นฟู ไม่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริม ป้องกัน
เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ <ol style="list-style-type: none"> ไม่มีคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช (CPG) เป็นมาตรฐานเดียวกัน เครื่องมือคัดกรองมีไม่ครอบคลุมกลุ่มโรค รวมทั้งสนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ โปรแกรมการบันทึก การดึงข้อมูลและรายงาน ยุ่งยาก ซับซ้อน มีหลายโปรแกรม สื่อประชาสัมพันธ์มีไม่เพียงพอ ไม่หลากหลาย
นโยบาย การจัดการ

1. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายไม่ชัดเจน ไม่จำเพาะต่อต้านสุขภาพจิต ตัวชี้วัดไม่เหมาะสม มากเกินไป
2. นโยบายหรือการดำเนินงานในพื้นที่ ให้สำคัญโรคทางกาย
3. นโยบายงานแลกเปลี่ยนของ สปสช. ลดทอนการทำงาน จิตอาสา ของเจ้าหน้าที่และอสม.
4. ขาดการประชาสัมพันธ์ หรือสร้างกระแสเพื่อให้เกิดความตระหนักระดับประเทศ
5. ระบบการส่งต่อ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.จิตเวช รพช. รพ.สต. และชุมชน ยังขาดประสิทธิภาพ

ปัจจัยภายนอก

1. อสม. มีภาระงานเยอะ ยังไม่เข้าใจแนวการค้นหาหรือการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งไม่เข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. ชาวบ้านหลายคนยังไม่มีความรู้ รวมทั้งมีทัศนคติเชิงลบต่อการป่วยและผู้ป่วยจิตเวช
3. ผู้ป่วยหรือญาติบางคนไม่ยอมรับการป่วยด้วยโรคจิตเวช ปิดกั้นตนเองและเจ้าหน้าที่ มีผลการเข้ารับการรักษาและลงติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่
4. การทำงานแยกส่วนกับภาคีเครือข่าย บางพื้นที่หน่วยงานภายในชุมชนไม่ให้ความสำคัญเรื่องนี้

จุดที่ต่างไปของแต่ละพื้นที่

เช่น

น่าน เชียงใหม่ มีปัญหาด้านการเข้าถึงและเบิกจ่ายยาจิตเวชใน รพ.สต. ปัญหาการทำงานในพื้นที่สูง หรือกับชาวเขา เช่น เดินทางลำบาก สื่อสารไม่รู้เรื่อง ความเชื่อที่ผิดๆ เป็นต้น

เชียงใหม่ รพ.เอกชนเน้นรักษา ไม่ติดตามผู้ป่วยและไม่เชื่อมโยงข้อมูลให้กับ รพ.สต. หรือรพช. ศูนย์สุขภาพจิต ไม่มีบทบาทร่วมในการทำงาน

นครสวรรค์ พรบ.สุขภาพจิต ยังไม่พร้อมผลักดันให้นำมาใช้ ผู้ป่วยไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลกับ รพ.สต. ทำให้ไม่ทราบสถานะหรือมีปัญหาต่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน

ความต้องการสนับสนุนและการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

ผู้เข้าร่วมสนทนาเห็นว่าการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบระยะแรก ซึ่งยังมีช่องว่างของการให้บริการหรือปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางต่อความสำเร็จ แต่ถึงกระนั้นก็ตามในการวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ยังพบจุดเด่นหรือปัจจัยสนับสนุนที่จะช่วยเอื้อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ ซึ่งทุกพื้นที่ค่อนข้างมองเห็นสอดคล้องกัน อีกทั้งยังเห็นว่าสอดคล้องตรงกันหลายประเด็นในสิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่

จุดร่วมของความต้องการสนับสนุน

บุคลากร

1. เสริมพลังเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะประสบการณ์ให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการให้บริการ และความภูมิใจในบทบาทหน้าที่ตน
2. เพิ่มบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้านจิตเวช เช่น จิตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ให้มากขึ้น

จุดร่วมของความต้องการสนับสนุน
<p>3. เสริมแรงจูงใจทั้งที่เป็นค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในสายงาน</p> <p>4. เสริมทักษะด้านต่างๆ แก่ อสม. เช่น การให้คำปรึกษา การติดตาม เยี่ยมบ้าน การกินยาและผลข้างเคียง เป็นต้น</p> <p>งบประมาณ</p> <p>1. จัดสรรงบประมาณด้านจิตเวชให้เพิ่มขึ้น</p> <p>2. โอนงบประมาณบางส่วนโดยตรงไปที่ รพ.สต.</p> <p>3. สนับสนุนงบประมาณเพื่อซื้อของขวัญเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>4. เพิ่มค่าตอบแทนหรือเบี้ยขยันแก่ อสม.หรือแกนนำ</p> <p>เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์</p> <p>1. สนับสนุนคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน</p> <p>2. สนับสนุนแบบคัดกรองทุกกลุ่มโรค ให้ใช้ง่ายและได้ผลดี</p> <p>3. ผลิตและสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้กับพื้นที่</p> <p>4. สนับสนุนเครื่องมือด้านการรักษา การฟื้นฟูให้มากขึ้น</p> <p>นโยบาย การจัดการ</p> <p>1. กำหนดนโยบายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้ชัดเจน ผู้บริหารระดับสูงต้องเอาจริงเอาจัง และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. พัฒนาและจัดตั้งคลินิกใน รพ.สต. ทุกแห่ง</p> <p>3. ประชาสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ หลากหลายช่องทาง</p> <p>4. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล การทำรายงาน เพื่อนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ให้เกิดประโยชน์</p> <p>5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด</p> <p>6. ใช้ระบบพี่เลี้ยงเพื่อช่วยทำงาน นั่นคือ รพ.จิตเวช เป็นพี่เลี้ยงให้ รพช. เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. และ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยงติดตามการทำงานของ อสม. ต่อไป</p> <p>7. เน้นการจัดบริการด้านการส่งเสริม ป้องกันให้มากขึ้น</p> <p>8. ผลักดันให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญและบรรจุเป็นแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของตำบล</p> <p>9. รพช. รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ประสานความร่วมมือเพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นลักษณะ Mobile clinic</p> <p>10. ส่งเสริมความรู้และทัศนคติแก่ประชาชนทั่วไปในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช</p>
จุดที่ต่างออกไปของแต่ละพื้นที่
<p><u>น่าน เชียงใหม่ นครราชสีมา</u> พัฒนาและปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายและความเข้าใจของยาจิตเวช เน้นให้ความสำคัญที่ รพ.สต.</p> <p><u>น่าน เชียงใหม่ นครสวรรค์</u> ตั้งศูนย์สุขภาพจิตชุมชนหรืออำเภอ</p> <p><u>เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี</u> ตั้งศูนย์ส่งเสริมอาชีพตำบล ส่วนกลางควนนิเทศ ติดตามและประเมินผลการทำงาน</p>

จุดร่วมของความต้องการสนับสนุน
<p>อย่างต่อเนื่อง</p> <p><i>เชียงใหม่</i> มีบ้านพักผู้ป่วยจิตเวชของแต่ละ CUP หรือจังหวัด</p> <p><i>นครราชสีมา</i> สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมบริการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการต่อยอด</p> <p><i>ยะลา</i> ปรับปรุงระบบงานแลกเปลี่ยนให้เกิดความเป็นธรรม คิกระบบ work load ของโรคทางจิตเวช และควรมีรพ.จิตเวชหรือหอพักผู้ป่วยจิตเวชใน รพช. ทุกจังหวัด</p>

3.1.2 สรุปผลการศึกษาระยะแยกในแต่ละพื้นที่

การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

จังหวัด	การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
อ.เมืองน่าน น่าน	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ. ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม (ทางด้านกายและจิต) โดยดูแลให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด - ผู้ให้บริการเห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตเชื่อมโยงกัน มีปัจจัยทั้งด้านบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงส่งผลให้แต่ละพื้นที่มีปัญหาจิตเวชที่ต่างกัน หากเจ้าหน้าที่มีความตั้งใจในการแก้ปัญหาจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ - แกนนำชุมชนและ อสม. เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่าสงสาร บางส่วนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย รังเกียจหรือตีตราบาป - ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระและเป็นคนที่สังคมรังเกียจ
อ.แมริม เชียงใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหารเห็นว่าควรบูรณาการ (integrated) งานต่างๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น - ผู้ให้บริการอธิบายสาเหตุและปัจจัยของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ดี และคิดว่าควบคุมป้องกันได้ยาก อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม - จิตแพทย์และผู้ให้บริการ มีความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบกับผู้ป่วยจิตเวช และคิดว่าคนในชุมชนยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก - ญาติรู้สึกเครียด น้อยใจ บางครั้งเห็นว่าเป็นเรื่องเวรกรรม - ผู้ป่วยไม่อยากให้ใครมองว่าตนเป็นบ้า บางคนคิดว่าตนไม่ได้ป่วย แต่เป็นเพราะเครียดมากเท่านั้น
อ.ตาคีลี นครสวรรค์	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ. เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตควบคุมยาก เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน และเห็นว่าการทำงานสุขภาพจิตเชิงรุกทำได้น้อย โครงสร้างการทำงานไม่เอื้อให้เกิดความต่อเนื่อง - ผู้ให้บริการเห็นว่าควรแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งระบบการให้บริการ - ผู้ให้บริการ แกนนำชุมชนและ อสม. เข้าใจลักษณะและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชดี ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงบวก โดยเห็นว่าควรช่วยเหลือและยอมรับให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคม แต่ยังมีบางส่วนที่ยังรู้สึกกลัว รำคาญ ไม่น่าเข้าใกล้ - แกนนำชุมชน อสม. และญาติ ยังเห็นว่าการเข้าทรง ผีเข้า เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเวช - ญาติ/ผู้ดูแลบางคนเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระครอบครัว บางคนเห็นว่าโรคจิตเวชเป็นเรื่องปกติ จึงไม่ดูแลรักษาผู้ป่วย

จังหวัด	การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
	- ผู้ป่วย/ญาติบางคนรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ อาย ไม่กล้าบอกหรือเผชิญหน้ากับใคร กลัวถูกนินทา
อ.ชุมพวง นครราชสีมา	- ผู้ให้บริการเห็นว่างานสุขภาพจิตสอดแทรกอยู่กับงานอื่น แต่ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ - ผู้ให้บริการ แกนนำชุมชนและ อสม. เข้าใจลักษณะและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชดี - ทุกกลุ่มรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ โดยความรู้สึกทางลบเกิดจากผู้ป่วยอาละวาด ทำตัวสกปรก - ญาติผู้ป่วยบางคนเห็นว่า มีคนในชุมชนบางคนมองว่าผู้ป่วยแกล้งทำตัวบ้า เพื่อเรียกร้องความสนใจ
อ.ดอนสัก สุราษฎร์ธานี	- นพ.สสจ. เห็นว่าการบริการเน้นตามนโยบายหลัก ระดับกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาอื่น ไม่มีงบประมาณสนับสนุนที่แน่นอน - ทุกกลุ่มมีทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบกับผู้ป่วย โดยความรู้สึกเชิงลบเกิดขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยอาละวาดและทำร้ายผู้อื่น - ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย หรือญาติบางคนไม่ยอมให้ จนท.หรือบุคคลอื่นเข้ามาดูแล - คนในชุมชนบางส่วนยังมีความรู้สึกกลัว มีอคติ และไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช
อ.รามัน ยะลา	- ผู้ให้บริการเห็นว่าผู้บริหารยังให้ความสำคัญน้อยกว่าด้านสุขภาพกาย มีบางคนนึกถึงผู้ป่วยจิตเวชเป็น “คนบ้า” - ผู้ให้บริการ แกนนำชุมชนและ อสม. เข้าใจลักษณะและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ดี - ทุกกลุ่มรู้สึกตรงกันว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจและอยากช่วยเหลือ - กลุ่มแกนนำและ อสม. บางคนยังเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเวชนั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องไสยศาสตร์ - คนในชุมชนบางส่วนมีความรู้สึกกลัวและมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วย เพราะมีผู้ป่วยบางคนทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนเสียชีวิต - ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวล กลัว และไม่อยากเปิดเผยตนเอง เพราะครอบครัว ชุมชนและสังคมยังไม่ยอมรับ - ญาติผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับความจริง เพราะเกรงว่าจะถูกมองไม่ดี

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

จังหวัด	สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
อ.เมืองน่าน น่าน	- ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ จิตเวชจากสุราและสารเสพติด ความเครียด วิตกกังวล โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย - สาเหตุของปัญหา 1) จิตเวชจากสุรา เกิดจากค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มวัยทำงานที่มีอาชีพเกษตรกรรม 2) ปัญหาจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า 3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หนี้สิน ความยากจน ปัญหาทางด้านครอบครัว
อ.แมริม เชียงใหม่	- ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย วิตกกังวล โรคจิต พิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ออทิสติกและสมาธิสั้นในเด็ก - สาเหตุของปัญหา 1) ปัญหาโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า 2) วัฒนธรรม เช่น การถูก

จังหวัด	สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
	<p>ประณามจากสังคมเมื่อทำผิด หรือวัฒนธรรมในเรื่องการตีศีรษะของคนในพื้นที่ เนื่องจากหาซื้อง่ายและมักจะมียู่ในการจัดงานทุกประเภท 3) การไม่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตที่พบ 4) สื่อเปิดกว้างทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ 5) ปัญหายาเสพติดมีการระบาดมากในกลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะดี 6) สภาพเศรษฐกิจ 7) การพนัน 8) ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ 9) เด็กที่มีภาวะเสี่ยงแต่ถูกละเลย</p>
อ.ตาคลี นครสวรรค์	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ จิตเวชจากสุราและสารเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตและวิตกกังวล - สาเหตุของปัญหา 1) ปัญหาครอบครัว 2) ปัญหาเศรษฐกิจ 3) ปัญหาภัยธรรมชาติ 4) ปัญหาความกดดันทางการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่นที่มีการแข่งขันทางการศึกษาสูง ซึ่งปัญหาต่างๆทั้ง 4 ข้อนี้ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา และนำไปสู่การตีศีรษะ ดิทยาเสพติด 5) ปัญหาผู้สูงอายุขาดการเอาใจใส่ หรือมีปัญหาสุขภาพ 6) ความไม่ปลอดภัยในชุมชน เนื่องจากมีกลุ่มแรงงานพม่าอาศัยอยู่จำนวนมาก
อ.ชุมพวง นครราชสีมา	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้แก่ โรคจิตเวช การฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า ความเครียด จิตเวชจากสุราและสารเสพติด - สาเหตุของปัญหา 1) ปัญหาครอบครัว 2) ปัญหาเศรษฐกิจ 3) ปัญหาสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ 4) ผู้สูงอายุขาดการเอาใจใส่ หรือมีปัญหาสุขภาพ 5) สาเหตุการป่วยที่เกิดจากพันธุกรรม
อ.ดอนสัก สุราษฎร์ธานี	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย จิตเวชจากสุราและสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการเด็ก และความเครียด - สาเหตุของปัญหา 1) ปัญหาครอบครัว 2) ปัญหาวัยรุ่น 3) ปัญหาการตีศีรษะและเครื่องตีแอลกอฮอล์เรื้อรัง 4) ปัญหาความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง 5) ภาวะเศรษฐกิจ 6) ความผิดปกติทางสมองจากอุบัติเหตุพันธุกรรม
อ.รามัน ยะลา	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ จิตเวชจากสารเสพติด จิตเภท โรคซึมเศร้า การทำร้ายร่างกายและพยายามฆ่าตัวตาย - สาเหตุของปัญหา 1) ปัญหาเยาวชนที่อยากรู้ อยากลองและคบเพื่อนไม่ดีทำให้ติดยาเสพติด 2) ปัญหาครอบครัว 3) ปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อมทำให้ยาเสพติดเข้าถึงได้ง่ายขึ้น 4) ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบ

โครงสร้างและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

จังหวัด	โครงสร้างและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช
อ.เมืองน่าน น่าน	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.น่านกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกับ สสจ.และ สสอ. และประชุมคณะทำงานทุกๆ 2 เดือน - รพ.น่าน มีจิตแพทย์ประจำ และมีหอผู้ป่วยจิตเวช ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะส่งต่อไปยัง รพ.สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ - ใน รพ.สต. งานสุขภาพจิตจะอยู่ในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ - พื้นที่เน้นสร้างความร่วมมือกับแกนนำชุมชน และ อสม. บางพื้นที่มีวัดและโรงเรียนเข้าร่วมด้วย

จังหวัด	โครงสร้างและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช
อ.แมริม เชียงใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการให้บริการสายด่วน 1669 ที่ดี - สสจ. เชียงใหม่ มีนโยบายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิต ทำงานผสมผสานเชื่อมโยงทางกายและจิต - โครงสร้างระบบการให้บริการงานระดับ รพ.สต. จะผนวกรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของงานด้านอื่นๆ - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มองว่าโครงสร้างระบบบริการยังไม่มี ความชัดเจน ทั้งการแบ่งหน้า การประสานงาน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย
อ.ตาคลี นครสวรรค์	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ เป็นประธานมีฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และมีผู้รับผิดชอบแบ่งเป็นงานสุขภาพจิตและงานสารเสพติด - รพช. ทุกแห่งเปิดคลินิกพิเศษให้บริการ - ระดับจังหวัดแบ่งออกเป็น คือ 1. งานฆ่าตัวตาย 2. งานโรคซึมเศร้า 3. งานให้บริการผู้ป่วยจิตเวช 4. ศูนย์พึ่งได้ 5. งาน EQ 6. งานออทิสติก 7. งานจิตเวชชุมชน และ 8. งานสุขภาพจิตภัยพิบัติ - การจัดการบริการด้านสุขภาพจิตของ CUP ตาคลีเริ่มจากชุมชน โดยมี อสม. กลุ่มแกนนำสุขภาพจิต อบต. หรือญาติผู้ป่วยเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ และทำงานร่วมกับตำรวจกรณีพบผู้ป่วยอาละวาดโวยวาย มีการให้บริการสายด่วน 1669 - ใน รพ.สต. มีพยาบาล/พยาบาลเวชปฏิบัติ และนักวิชาการสาธารณสุขคอยให้บริการ โดยประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น รักษาในรายที่ไม่รุนแรง ส่งต่อผู้ป่วยไปที่ รพ.ตาคลี และส่งกลับเพื่อติดตามต่อเนื่อง - รพ.ตาคลีรับนโยบายการดำเนินงานจาก รพ.นครสวรรค์ประชารักษ์ และรพ.จิตเวช - มีระบบให้คำปรึกษาโดยตรงและทางระบบ Skype กับแผนกจิตเวชของ รพ.ตาคลี - ส่งต่อเพื่อรักษาที่ รพ.นครสวรรค์ราชนครินทร์ กรณีผู้ป่วยเด็กจะประสานและส่งไป รพ.สี่แคว
อ.ชุมพวง นครราชสีมา	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ. ให้ความสำคัญทั้งงานสุขภาพกายและจิต ซึ่งเห็นว่าควรทำควบคู่กัน - มีเครือข่ายที่ชัดเจน เน้นการมีส่วนร่วมจาก อบต. แกนนำ ชมรมในชุมชน - เน้นใช้งบประมาณท้องถิ่น มีพี่เลี้ยงจาก รพ.จิตเวชนครราชสีมา และศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 - จังหวัดมีตัวชี้วัดกำกับที่ดี เกิดจากการจัดประชุมของผู้เกี่ยวข้อง - มีการรณรงค์ให้ความรู้ต่อเนื่อง และหลากหลายรูปแบบ เช่น จัดหมายข่าว รายการวิทยุ ออกรายการ KCTV หอกระจายเสียงชุมชน
อ.ดอนสัก สุราษฎร์ธานี	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการ 5 ปี ซึ่งไม่เปลี่ยนตัวชี้วัด เน้นแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า - งานสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ - อสม. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน จะมีการประสานงานกับชุมชน เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ตำรวจประจำป้อมยามในชุมชน หน่วยรถกู้ชีพ 1669 - มีระบบการให้คำปรึกษาระหว่างรพ.สต.กับพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลดอนสัก โดยผ่านทางโทรศัพท์ ระบบ Skype - มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยมีโปรแกรมเชื่อมต่อข้อมูลและมีใบ Refer ทุกครั้ง

จังหวัด	โครงสร้างและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช
อ.รามัน ยะลา	<ul style="list-style-type: none"> - ประยุกต์จัดบริการแบบ Public Health and Emergency Response (PHER) เน้นปัญหาเสพติด - พัฒนาทีมช่วยเหลือเบื้องต้น (First Responder: FR) รวมผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่ง อาละวาดด้วย - รพ.สต. เป็นศูนย์กลางจัดบริการ ซึ่งอยู่ในส่วนส่งเสริมสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ - รพ.สต. อบรมให้ อสม. แกนนำชุมชน และประสานหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ ทหาร ตำรวจ อปท. 1669 - การส่งต่อมี 2 แบบ คือ 1) รพ.สต.ประสานไปที่ รพ.รามัน เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาแต่หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งต่อไปยัง รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 2) ผู้ป่วยหรือญาติดำเนินการเองโดยไม่ผ่าน รพ.สต. ซึ่งมักจะเข้ารับการรักษาที่ รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์

แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

จังหวัด	ประเด็น/รายละเอียด
อ.เมืองน่าน น่าน	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อสม. เป็นผู้คัดกรองโดยใช้ 2Q ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป - อสม. สังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน เมื่อพบเห็นกลุ่มเสี่ยง เข้าไปคัดกรอง แนะนำเบื้องต้น <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากคัดกรองพบผู้ที่เข้าข่าย จะส่งตัวมาที่ รพ.สต. เพื่อคัดกรองเพิ่มเติม หากพบว่าเป็นผู้ป่วยจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลน่าน - ทุก รพ.สต. มีระบบการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย หากประเมินพบว่ามีอาการเข้าข่ายปัญหาสุขภาพจิตจะให้ยา D2 - ทุก รพ.สต. มียา D2 แต่ต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมเท่านั้นจึงจะจ่ายยาได้ - มีการประสานงานร่วมกับตำรวจ อบต. หรือ 1669 กรณีหากพบผู้ป่วยจิตเวชอาละวาด - รพ.น่านจะส่งตัวผู้ป่วยกลับ พร้อมจ่ายยา กิน ยาฉีด และทะเบียนประวัติเพื่อการติดตามต่อเนื่อง <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประสานกับตำรวจ อสม. แกนนำชุมชนเพื่อติดตาม เยี่ยมบ้าน - ใช้ทะเบียนจาก รพ.น่าน เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยมีการประสานงานและขอรับคำปรึกษากรณีพบปัญหาในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการลงเยี่ยมบ้านจะมีการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวด้วย - รพ.สต. ประสานงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น อบต. พัฒนาชุมชนเพื่อให้เกิดกิจกรรม หรือส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วย - จังหวัดน่านได้จัดตั้งชมรมสายใยดวงใจน่าน เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จังหวัด	ประเด็น/รายละเอียด
	<p>จิตเวช</p> <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดบริการด้านนี้้น้อยมาก - ส่วนใหญ่การจัดกิจกรรมจะมีช่วงลงเยี่ยมบ้าน โดยทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพื่อทำความเข้าใจและส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน ซึ่งไม่บ่อยนัก - มีการส่งเสริมความรู้ ผ่านทางหอกระจายข่าว การประชุมหมู่บ้าน งานเทศกาล โดยจะเป็นช่วงที่มีเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช
<p>อ.แมริม เชียงใหม่</p>	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยึดการทำตามนโยบายจากส่วนกลางเป็นหลัก - ให้ อสม. เป็นผู้คัดกรองโดยใช้ 2Q (เน้นที่กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง) - เมื่อพบผู้ที่มีความเสี่ยงจะส่งให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยืนยัน <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.จะมีให้คำปรึกษาเบื้องต้นหรือให้ยา Diazepam - หากมีการส่งต่อ จะใช้บริการรถ 1669 รวมถึงรถ EMS ของโรงพยาบาล - กรณีผู้ป่วยในชุมชนอาละวาด จะมีการนำส่งไปตามขั้นตอน โดยจะได้รับการวินิจฉัยจากรพ.สต.ก่อน หากรับมือไม่ไหวก็จะส่งต่อไปตามขั้นตอน - เมื่อมีอาการดีขึ้นจะถูกส่งตัวกลับมาในพื้นที่ โดยมีรพ.สต. คอยติดตาม และผู้ป่วยสามารถรับยาจากรพ.สต. ได้โดยตรง <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่จะมีการติดตาม ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง - บางพื้นที่ อบต.สนับสนุนยานพาหนะสำหรับการเยี่ยมบ้าน โดยมี อสม. ลงเยี่ยมบ้านด้วย <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีค่ายบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสอดแทรกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ค่ายทักษะชีวิตและค่ายยาเสพติดให้กับกลุ่มวัยรุ่น - ตัวอย่างกิจกรรมของรพ.สต. เช่น การจัดกิจกรรมวันเต็มสุขทุกวันพฤหัสบดี ให้ชมรมผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งร่วมมือกับรพ.นครพิงค์
<p>อ.ตากลี นครสวรรค์</p>	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อบรม อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพจิต เพื่อเป็นผู้คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยโดยจะใช้ 2Q - หากพบผู้เข้าข่ายจิตเวชจะประสานกับญาติ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อส่งตัวให้ รพ.สต. ยืนยัน - รายที่มีอาการอาละวาดโวยวาย คลุ้มคลั่ง จะประสานไปยัง 1669 เพื่อนำส่งตำรวจ หรือ รพ. <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากเป็นผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้ รพ.สต. จะให้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น หรือให้ยา D2, D5

จังหวัด	ประเด็น/รายละเอียด
	<p>(บางพื้นที่จะมียา Amitrip และ Lorazeepam)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. จะรับยาจาก รพ.ตาคลี แทนผู้ป่วย หรือนำไปให้ผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมบ้าน - แผนกจิตเวช รพ.ตาคลีให้บริการทาง Mobile clinic ทุก 2 เดือน - ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อาละวาด จะประสานไปยัง 1669 - รพ.ตาคลี เปิดคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน จะได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจจากชุมชน - ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล มีการเอื้อเฟื้ออาหารและที่พักอาศัย โดยผู้ใหญ่บ้านสนับสนุนงบประมาณสร้างที่พักอาศัย - รพ.สต. ร่วมมือกับ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย - กิจกรรมการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยในชุมชน เช่น มีการจัดชมรมผู้สูงอายุ ชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน ชมรมกลุ่มแม่บ้านฝึกอาชีพ ชมรมกลุ่มจักสาน ชมรมทำน้ายาล้างจาน เป็นต้น - มีการให้พระออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยผู้พิการเพื่อเทศนาธรรม มีโครงการธรรมะบำบัดทุกวันอาทิตย์ - พัฒนาสังคมช่วยเหลืองบประมาณเพื่อฟื้นฟูผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการไม่มีญาติดูแล ผู้ประสบภัยต่างๆ เป็นต้น <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดกิจกรรม เช่น การจัดทำโครงการพัฒนา EQ ในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปีและ 6-11 ปี โครงการมุมเพื่อนใจวัยโจ๋ การจัดตั้งกลุ่มแกนนำวัยรุ่น การจัดชมรมออกกำลังกาย โครงการพัฒนาผู้สูงอายุสู่ IT โครงการครอบครัวแข็งแรง โครงการแกนนำสุขภาพใจในชุมชน มีการจัดวิทยุชุมชน เสียงตามสายของ อบต. การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (พระ เจ้าหน้าที่ แกนนำและอสม.) การคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้าและจัดหน่วยเคลื่อนที่ภัยพิบัติ เป็นต้น - บางพื้นที่มี อบต.ให้ทุนหมู่บ้านละ 10,000 บาท เพื่อจัดอบรมเยาวชนในเรื่องยาเสพติด - ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านจะมีการดูแลคนในชุมชน โดยการจัดหมู่บ้านเป็นคุ้มและมีหัวหน้าคุ้มคอยดูแลคุ้มละประมาณ 20 หลังคาเรือน
<p>อ.ชุมพวง นครราชสีมา</p>	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อสม. แกนนำชุมชนคัดกรองด้วย 2Q ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง - เมื่อมีผู้เข้าข่ายจะประสานกับญาติและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อยืนยันและส่งตัวรับการรักษา หรือหากเป็นรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง จะประสานงสายด่วน 1669 เพื่อนำตัวส่งตำรวจ <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. ประเมินซ้ำด้วย 8-9Q และปรึกษากับจิตแพทย์จากโรงพยาบาล - รพ.สต.ให้คำปรึกษาหรือให้ยา D2 และ D5 กับผู้ป่วยจิตเวช โดย รพ.ชุมพวง จะให้ยาไว้ที่

จังหวัด	ประเด็น/รายละเอียด
	<p>รพ.สต.ทุก 3 เดือน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับยาได้สะดวก รวดเร็ว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีฉุกเฉินจะประสานสายด่วน 1669 หรือรถ EMS และนำส่งผู้ป่วยไปยัง รพ.ชุมพวง หรือหากญาตินำส่งเองก็สามารถทำได้ กรณีไม่ฉุกเฉินจะส่งไปยังคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล โดยทั้งสองกรณีจะมีใบ Refer ทุกครั้ง - เมื่อรพช. รับตัวผู้ป่วยจาก รพ.สต. แพทย์จะประเมินอาการ หากเกินกำลังการรักษาหรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะส่งต่อไปยังรพ.จิตเวช โดยสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง - มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อให้ดียิ่งขึ้น <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการช่วยเหลือเป็ยั้งชีพ และสนับสนุนงบประมาณฉุกเฉินให้กู้ยืม - เจ้าหน้าที่จาก รพ.ชุมพวง รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน จะออกเยี่ยมบ้านปีละครั้งในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ส่วนกรณีอื่นจะพิจารณาเป็นรายกรณีตามเหมาะสม - กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัดจะประสานกับอสม. ให้ช่วยในการติดตาม - การเยี่ยมบ้าน จะมีแฟ้มประวัติและใบเยี่ยมบ้าน (IFFE, EPS) จาก รพ.ชุมพวง และ รพ.จิตเวชเพื่อบันทึกข้อมูลการติดตามรักษา แต่ไม่มีคู่มือในการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน - หากเป็นผู้ป่วย Suicide จะมีการโทรติดตามเป็นระยะ - รพ.ชุมพวง จะให้ยากินและยาฉีดที่ รพ.สต. สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ แต่สอดแทรกในงานด้านอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง งานยาเสพติด เป็นต้น - กิจกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ การส่งเสริมอาชีพแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ซึ่งกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณจำนวนหนึ่ง - มีกิจกรรมด้านยาเสพติด (ค่ายสู่ขวัญแผ่นดิน วิทยาลัยลูกผู้ชาย) การจัดอบรมแกนนำนักเรียนชั้นมัธยมปลาย การจับคู่หนึ่งรพ.สต.หนึ่งโรงเรียนดูแลเด็กชั้นมัธยมต้นเพื่อป้องกันการท้องก่อนวัยอันควร เป็นต้น
<p>อ.ดอนสัก สุราษฎร์ธานี</p>	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองทำร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และอสม. ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะดำเนินการปีละ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมิถุนายนและกันยายน <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยฉุกเฉิน จะมีการประสานงานกับชุมชน เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ตำรวจประจำป้อมยามในชุมชน หน่วยรถกู้ชีพ 1669 ช่วยเหลือในการนำส่งโรงพยาบาล - รพ.สต. ให้คำปรึกษาเบื้องต้นเท่านั้น ทุกแห่งไม่มียาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. แกนนำ มีการแนะนำอาชีพแก่ผู้ป่วยด้วย - บางพื้นที่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยออสมทรัพย์ โดยการชักชวนจาก อสม.และแกนนำ - อบต. ลงทะเบียนผู้พิการทางจิต เพื่อให้ได้รับเงินช่วยเหลือ 500 บาทต่อเดือน <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p>

จังหวัด	ประเด็น/รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันในวัดและโรงเรียน การอบรมภาคฤดูร้อน ค่ายวิถีพุทธ คลับ การ์ตูน เป็นต้น - บางพื้นที่มีการตั้งชมรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ บางชุมชนใช้วัดเป็นที่พึ่ง บางชุมชน จัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล บางชุมชนจัดตั้งกองทุนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
รามัน ยะลา	<p>การคัดกรองและค้นหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อสม. หรือแกนนำชุมชน คัดกรอง/ค้นหา ด้วย 2Q และยืนยันด้วย 8-9Q โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. - เน้นคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ได้ผลกระทบโดยตรงจาก เหตุการณ์ความไม่สงบ - กลุ่มแกนนำชุมชนและ อสม. มีการเฝ้าติดตามหรือสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน <p>การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. ยืนยันผลกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาต่อที่ รพ.รามัน - จังหวัดยะลา ไม่ให้มียาจิตเวชใน รพ.สต. เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ - รพ.สต. ไม่มีบทบาทในการรักษา แต่เน้นการติดตามเยี่ยมบ้าน - รพ.สต. รักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแสดงออกทางกาย เช่น ให้อาบน้ำเพื่อบรรเทา อาการปวดศีรษะ ให้คำปรึกษาหรือหากิจกรรมให้ผู้ป่วย <p>การฟื้นฟู</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.สต. รับทะเบียนประวัติผู้ป่วยและวางแผนออกติดตาม เยี่ยมบ้านได้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ยินยอม - อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการเฝ้าสังเกตอาการ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นและรายงาน สถานการณ์ - อสม. ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และหากเป็นผู้ป่วยซับซ้อน มีทีมรพ.รามัน ทหาร ตำรวจ ร่วมด้วย - เกือบทุกพื้นที่ใช้หลักศาสนาช่วยบำบัดรักษา มีแกนนำชุมชนหรือโต๊ะอิหม่ามเป็นหลัก - ส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วย โดยร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น <p>การส่งเสริม ป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติด้านการค้นหา การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น แก่ อสม.และแกนนำ - เน้นกลุ่มโรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น ปัญหายาเสพติด ครอบครัวยุติธรรม ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จังหวัด	รายละเอียด
อ.เมืองน่าน	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ. เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จดี ไม่ต้องส่งต่อไปที่ รพ.สวนปรุง - ผู้ให้บริการเห็นว่าภาพรวมสำเร็จ 40-60% ยังให้บริการไม่ครอบคลุมเป้าหมาย ไม่สามารถ

จังหวัด	รายละเอียด
น่าน	ทำงานเชิงระบบได้เต็มที่
อ.แมริม เชียงใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - มีกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาหลายอย่าง เช่น การทำ pre-post counseling ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ขยายผลไปถึงระดับประเทศ - ทีมสุขภาพจิตและทีมสุขภาพกายทำงานร่วมกันมากขึ้น - เกิดโครงการ “friend corner ” ภายใต้โครงการ 2B Number one ที่เข้มแข็ง ต่อเนื่อง - มีโครงการ “พื้นที่นอเวลาสำหรับเยาวชน” ที่หน่วยงานท้องถิ่นมีส่วนร่วมแก้ปัญหา - มีเครือข่ายด้านสุขภาพจิต มากขึ้น - ผู้ให้บริการใน รพ.สต. มองว่าภาพรวมถือว่าไม่ประสบความสำเร็จหรือน้อยมาก
อ.ตาคลี นครสวรรค์	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาระบบการจัดบริการจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทั้งส่งเสริมป้องกันและการรักษาฟื้นฟู โดยเปิดบริการเป็นคลินิกจิตเวชโดยเฉพาะ - เป็นพื้นที่ทำงานด้านสุขภาพดีเด่นระดับประเทศ - ญาติ/ผู้ป่วย พึงพอใจต่อการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากร รพ.ตาคลี
อ.ชุมพวง นครราชสีมา	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนางานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจน - ผู้รับผิดชอบงานภูมิใจที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น - มีเครือข่ายและรับผิดชอบในหน้าที่ - มีการจัดอบรมสัมมนาเครือข่ายเป็นประจำทุกปี - มี CUP นอกสังกัดอีก 5 แห่ง คือ รพ.กองบิน รพ.ค่าย และ รพ.เอกชน เข้าร่วมในการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของรพ.พระศรีมหาโพธิ์ - ชุมชนยอมรับและดูแลผู้ป่วย ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ - ญาติผู้ป่วยเห็นว่า รพ.สต. มีความพร้อมในการทำงาน และมั่นใจว่าจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นได้ - รพ.สต.บางแห่งสามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ - อสม.สามารถช่วยคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนได้ดี
อ.รามัน ยะลา	<ul style="list-style-type: none"> - นพ.สสจ. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. เห็นตรงกันว่ามีแนวโน้มและทิศทางการทำงานที่ดีทั้งระบบ ให้บริการและโครงสร้าง - ได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง - การค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ - ผู้ป่วยเก่าบางคนไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง - กลุ่มที่ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาและยินยอมให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง - กลุ่มที่ประสบความสำเร็จปานกลาง คือ โรคซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ผู้ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มที่สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างชัดเจน สามารถเฝ้าสังเกต คัดกรองได้ - กลุ่มที่ประสบความสำเร็จน้อย คือ ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาเชิงสังคมที่ต้องแก้ไขทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

น่าน	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
- มีพยาบาลเวชฯ ทุก รพ.สต. - อสม.และแกนนำ เข้มแข็ง - ความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างองค์กรทั้ง ภายใน-นอก - โครงสร้างระบบ บริการเข้มแข็ง - การทำงานเป็น เครือข่าย - มีการอบรมฟื้นฟู วิชาการทุก 2 เดือน	- จนท./อสม. มี ความเข้มแข็ง - มีเครือข่ายการ ทำงานด้าน สุขภาพจิต - ภาครัฐเครือข่าย หลากหลาย - มีการพัฒนา โปรแกรม - บันทึกข้อมูล ระบบข้อมูล เชื่อมต่อได้ทุก อำเภอ	- มีผู้เชี่ยวชาญใน พื้นที่/รพ. - จนท./อสม./ แกนนำมีความ เข้มแข็ง - ผู้บริหารให้ความสำคัญ - มีการทำงานเป็น ทีม - มีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ - มีระบบบริการ จิตเวชครบวงจร	- มีผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตแน่นอน - มีผู้เชี่ยวชาญใน พื้นที่/รพ. - จนท.ให้ ให้ความสำคัญและมี ความตั้งใจ - อสม. มีความรู้/ ทักษะที่ดี - ผู้บริหารทุกระดับ ให้ความสำคัญ/เอื้อ ต่อการทำงาน - มีระบบการทำงาน เป็นทีม - มีการประสานงาน ที่ดี - มีเวทีแลกเปลี่ยน - เครือข่าย CUP นอกสังกัด/เอกชน ให้ความร่วมมือ - มีค่าตอบแทนการ ค้นหาผู้ป่วย - ชุมชนมีจิตอาสา ดูแลผู้ป่วย - ผู้รับบริการและ ชุมชนไว้วางใจ จนท. - มีระบบการบริหาร เวชภัณฑ์ที่ดี - มีแบบฟอร์มเยี่ยม บ้าน - ท้องถิ่นให้การ สนับสนุน งบประมาณ	- จนท.ให้ ให้ความสำคัญ ตั้งใจและร่วมมือ ในการทำงาน - มีจิตแพทย์ ประจำในพื้นที่ - เครือข่ายทุก ระดับเข้มแข็ง - ชุมชนมีส่วนร่วม - มีชมรมผู้ป่วยจิต เวช - ท้องถิ่นสนับสนุน งบประมาณ - เป็นพื้นที่ร่าเริง ในหลายโครงการ	- จนท.อยู่ในพื้นที่ นานทำให้เกิดการ ยอมรับ - มีพยาบาลจิตเวช เป็นที่ปรึกษา - มีผู้รับผิดชอบงานที่ แน่นนอนใน รพ.สต. - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงานเป็น ประจำ - อสม. มีความ เข้มแข็ง - ผู้นำชุมชน ทหาร ตำรวจให้ความ ร่วมมือ - มีระบบการ ประสานงานที่ดี - CUP สนับสนุนด้าน วิชาการ และวัสดุอุปกรณ์

ปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

น่าน	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
- ผอ รพ.โยกย้าย บ่อย งานไม่ ต่อเนื่อง - จิตแพทย์ไม่	- จนท.บางคนไม่ ตระหนัก ขาดความรู้ และทักษะการใช้ยา การใช้เทคโนโลยี	- บุคลากรเฉพาะ หรือผู้เชี่ยวชาญ ไม่เพียงพอ - จนท.ขาดความรู้	- จนท.ไม่เพียงพอ ภาระงานมาก และขาด แรงจูงใจในการ	- จนท.ขาดความ ตระหนัก - จนท.มีภาระงาน มากและขาด	- จนท.ขาดความ ตระหนัก ขาด ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ดูแล

น้ำหนัก	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
เพียงพอ	-จนท.ไม่เพียงพอและมีภาระงานมาก	ทัศนคติ ทักษะ ประสบการณ์/เทคนิควิธีดูแลผู้ป่วย	ทำงาน	แรงจูงใจในการทำงาน	ผู้ป่วย
-จนท.บางส่วนไม่เห็นความสำคัญ	-จนท.เน้นทำงานตามตัวชี้วัด	-จนท.มีภาระงานมากและขาดแรงจูงใจในการทำงาน	-จนท.ขาดความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดี และการพัฒนาไม่ได้ตามเกณฑ์	-จนท.เปลี่ยนงานบ่อย	-จนท.มีภาระงานมาก
-จนท.มีภาระงานมากและขาดแรงจูงใจในการทำงาน	-ไม่มีการสนับสนุนพยาบาลเรียนต่อ/อบรม	-พรบ.สุขภาพจิตไม่ดีพร้อมสู่การปฏิบัติตาม และนอกภาคี	-พื้นที่เน้นการรักษาโรคทางกาย	-ไม่มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง	-นโยบาย/ตัวชี้วัดไม่ชัดเจน
-การอบรม จนท.ไม่ต่อเนื่อง	-ผู้นำชุมชนและท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญ	-นโยบายและตัวชี้วัดไม่ชัดเจน	-ขาดจิตแพทย์	-ขาดการสนับสนุนเครื่องมือ	-เน้นทำตามนโยบายหลัก/ตามกระแส/ฉาบฉวย
-อสม.ขาดความรู้การใช้แบบคัดกรอง	-นโยบายไม่ให้ความสำคัญและปรับเปลี่ยนบ่อย	-การพัฒนาคือช่วย (อบต.หรือเทศบาล) ทำได้ยาก	-ขาดระบบการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี	-โปรแกรมบันทึกข้อมูลยุ่งยาก	-ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
-ไม่มีนโยบายเฉพาะด้านสุขภาพจิต	-ตัวชี้วัดไม่เหมาะสมกับพื้นที่	-รพ.ไม่มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พื้นที่	-ขาดการทำงานบูรณาการ	-อสม.ไม่เข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วย	-เท่าที่ควรจากอปท.
-มีปัญหาการเข้าถึงยา การเบิกจ่ายยา	-ขาดการจัดการระบบส่งต่อ	-เครื่องมือช่วย (อบต.หรือเทศบาล) ทำได้ยาก	-ระบบการส่งต่อข้อมูลไม่ดี	-โปรแกรมบันทึกข้อมูลยุ่งยาก	-โรคจิตซับซ้อนวินิจฉัยยาก
-ขาดฐานข้อมูลที่ปัจจุบัน	-ช่องทางการประสานงานแตกต่างกัน	-รพ.ไม่มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พื้นที่	-งานไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับกระทรวง	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-เน้นการทำงานเชิงรับ
-การทำงานแยกส่วนกับท้องถิ่น	-ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ไม่ประสานความร่วมมือ	-เครื่องมือคัดกรองไม่เพียงพอ/ยุ่งยากและหลากหลาย	-นโยบายและทิศทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน	-ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนมีทัศนคติเชิงลบต่อปัญหาและขาดความรู้	-การนิเทศ ติดตามไม่ดี
-โปรแกรมบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก	-รพ.เอกชนไม่เชื่อมโยงข้อมูล	-จัดสรรงบฯ ไม่เอื้อต่องาน	-ขาดช่องทางปรึกษาเร่งด่วน	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ตระหนักในการรักษา	-โปรแกรมบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก
-การเบิกจ่ายงบล่าช้าและยุ่งยาก	-2Q 9Q เข้าใจยากและมีไม่เพียงพอ	-ผู้บริหารท้องถิ่นไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญ	-สายด่วน 1669 ล่าช้า	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ตระหนักในการรักษา	-เครื่องมือคัดกรองไม่เพียงพอ
-พื้นที่ห่างไกล บนเขา เข้าถึงยาก	-คู่มือไม่พอและมีเฉพาะบางโรค	-เป็นปัญหาที่เกิดจากหลายปัจจัยจึงจัดการยาก	-รถบริการส่งต่อผู้ป่วยไม่เพียงพอ	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-ขาดเอกสาร/ช่องทางเผยแพร่
-มีปัญหาการสื่อสารกับชาวเขา	-ไม่มี CPG ดูแลผู้ป่วย	-ไม่ให้ความสำคัญ	-ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไม่เพียงพอ	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-ไม่มีงบสนับสนุนโดยตรง
-ประชาชนขาดความรู้และมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย	-ไม่มี Know How ให้พื้นที่	-ไม่ให้ความสำคัญ	-ขาดคู่มือ/CPG ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-ทำงานแลกเงิน ทำให้ขาดจิตอาสา
-ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย	-โปรแกรมบันทึกข้อมูลมีมากและใช้งานยาก	-ไม่ให้ความสำคัญ	-ประชาชนสัมพันธ์มีน้อย	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-มีการเมืองเกี่ยวข้อ
-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ตระหนักในการรักษา	-ขาดงบประมาณงานด้านส่งเสริมป้องกัน	-เป็นปัญหาที่เกิดจากหลายปัจจัยจึงจัดการยาก	-สื่อ	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-การระบอบของยาเสพติด/อิทธิพลในพื้นที่
-ผู้ป่วยขาดคนดูแล	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่	-ญาติ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย	-ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและไว้ใจ จนท.
	-ชาวบ้านบางส่วนไม่เชื่อถือ จนท.				-ผู้ป่วย/ญาติไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

น่าน	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย ครอบครัว - ชุมชนมีทัศนคติเชิงลบ - ต่อปัญหาและขาดความรู้ - ความยุ่งยากของพื้นที่ - ด้านการสื่อสาร - คมนาคม - ภัยธรรมชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตระหนักการ - รักษา - แขนงไม่มี - ศักยภาพ - จนท. ไม่รักษา - ความลับผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ยอมรับการ - เจ็บป่วย - การจัดสรรงบประมาณไม่ - เอื้อต่อทำงาน 		<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาความไม่ - สงบในพื้นที่

ความต้องการสนับสนุนและการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

น่าน	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
<ul style="list-style-type: none"> - อบรม จนท.ทุก - ระดับ (รพ.สต. - แขนงนำ อสม.) - เพิ่มขวัญ - แรงจูงใจในการ - ทำงาน - เพิ่มความเชื่อมั่น - ให้ จนท. - มีจิตแพทย์/ - พยาบาล/รพ.สต. - ลงหมู่บ้านบ่อยขึ้น - มีนักจิตวิทยาใน - รพ.สต. - ปรับปรุงระบบ - การจ่ายยาให้ดีขึ้น - เพิ่มวิธีการส่งเสริม - ป้องกันให้เหมาะ - กับบริบท - เพิ่มความรู้ ปรับ - ทัศนคติประชาชน - พัฒนาสุขภาพจิต - เน้นระดับปฐมภูมิ - ให้ความสำคัญ - ต่อเนื่อง - ติดตามการทำงาน - ของ อสม. มากขึ้น - พัฒนา/สนับสนุน - เครื่องมือคัดกรอง - ให้ง่ายและมากขึ้น - ปรับปรุงโปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้ทุก - ระดับ (รพ.สต. - แขนงนำ อสม) - มีพยาบาลเวช - ทุก รพ.สต. - มีจิตแพทย์ - เพิ่มขึ้นและ - ประจำทุกอำเภอ - เสริมขวัญ - กำลังใจ/มีเวที - แลกเปลี่ยน - เรียนรู้วิชาการแก่ - จนท. - เพิ่มกำลังคนที่ - เป็นคนในชุมชน - ดำเนินนโยบาย - ต่อเนื่อง - พัฒนาระบบการ - ส่งต่อให้ดีขึ้น - พัฒนาระบบยา - มีจนท. จากรพ./ - รพ.สต. ลงชุมชน - พัฒนาโปรแกรม - การจัดการข้อมูล - มีแบบคัดกรอง - ครอบคลุมทุกโรค - เพิ่มสื่อ/ช่องทาง/ - ประชาสัมพันธ์ - พัฒนา CPG การ - ดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้ - ทักษะ (รพ.สต. - แขนงนำ อสม.) - เพิ่มนักจิตวิทยา - เพิ่มแรงจูงใจใน - การทำงานแก่ - จนท. - จัดศึกษาดูงาน - จัดเวทีแลกเปลี่ยน - เรียนรู้ - ตั้งคลินิก - สุขภาพจิตใน รพ. - สต. - พัฒนาระบบ IT - ผลักดันให้ท้องถิ่น - มีส่วนร่วม - เพิ่มวัสดุ อุปกรณ์ - ที่เกี่ยวข้อง - เพิ่มสื่อ/ช่องทาง/ - การประชาสัมพันธ์ - จัดสรรงบมากขึ้น - จัดมุมให้ - ค่าปรึกษาใน รพ. - สต. 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้ - ทักษะ (รพ.สต - แขนงนำ อสม) - เพิ่มบุคลากรที่ - เกี่ยวข้องกับงาน - สุขภาพจิต - มีจิตแพทย์เด็ก - เพิ่มขวัญ กำลังใจ - แก่จนท. - พัฒนาระบบ IT - มีการให้คำปรึกษา - สายตรงของ - รพช./รพ.จิตเวช - มีนโยบาย/ตัวชี้วัด - ชัดเจนและดำเนิน - อย่างต่อเนื่อง - เน้นงานด้าน - ส่งเสริม ป้องกัน - มากขึ้น - มีจนท. จากรพ/รพ - สต. ลงชุมชน - ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย - ให้พื้นที่ทราบ - พัฒนา CPG การ - ดูแลผู้ป่วยทุกโรค - สนับสนุน - นวัตกรรมในการดูแล - ผู้ป่วย - สนับสนุนแบบคัด - กรองให้เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้ - ทักษะ ทัศนคติ - (รพ.สต แขนงนำ - อสม) - สร้างขวัญกำลังใจ - แก่ จนท./อสม. - จัดศึกษาดูงาน - นโยบาย/ตัวชี้วัด - ชัดเจนและดำเนิน - อย่างต่อเนื่อง - มี mobile clinic - ออกชุมชน - ส่วนกลางติดตาม - ประเมินอย่าง - ต่อเนื่อง - มี จนท.จากรพ/ - รพ.สต. ลงชุมชน - สนับสนุนแบบคัด - กรอง+คู่มือดูแล - ผู้ป่วยให้เพียงพอ - เพิ่มสื่อ - ประชาสัมพันธ์ - จัดสรรงบให้ทั่วถึง - ส่งเสริมอาชีพใน - ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาความรู้ - ทักษะ ทุกระดับ - ผนวกกับระบบ - EMS - เพิ่มบุคลากรด้าน - สุขภาพจิตให้มาก - ขึ้น - สร้างขวัญกำลังใจ - ในการทำงาน (รพ - สต แขนงนำ อสม) - มีเวทีแลกเปลี่ยน - เรียนรู้ - เชื่อมต่อกับสภา - พยาบาลเพื่อช่วย - ผลิตพยาบาลจิต - เวช - พัฒนานโยบาย/ - ตัวชี้วัดให้ชัดเจน - ปรับปรุง - ระบบงานแลกเปลี่ยน - อย่างเป็นธรรม - มีรพ.จิตเวชทุก - จังหวัด - สนับสนุน - เทคโนโลยีในการ - ดูแลผู้ป่วย - เพิ่มสื่อ/รูปแบบ/ - ช่องทาง - ประชาสัมพันธ์ - มากขึ้น

น่าน	เชียงใหม่	นครสวรรค์	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	ยะลา
การจัดการข้อมูล -เพิ่มสื่อ/การ ประชาสัมพันธ์ และช่องทาง -โอนงบตรงที่รพ. สต/เพิ่มงบการ ดำเนินงาน ส่งเสริม ป้องกัน -จัดตั้งศูนย์ สุขภาพจิต	-ผลักดัน/จัดสรร งบมากขึ้น -จัดประชาคม -ตั้งศูนย์จิตเวช -ประจำอำเภอ -ตั้งศูนย์ฝึกอาชีพ -ตั้งบ้านพักจิตเวช		-เพิ่มสื่อ ประชาสัมพันธ์ -พัฒนาคู่มือการใช้ ยา -เพิ่มงบประมาณ และเข้าถึงให้ง่าย ขึ้น		-พัฒนาโปรแกรม การบันทึกข้อมูล -เพิ่มงบประมาณ เพื่อเยี่ยมบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings Geneva: WHO Press; 2010.
2. พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. mhGAP: โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต : การขยายบริการสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพสุราสารเสพติด. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับจิตวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ บลู จำกัด; 2551.
4. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (8 โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/>.
5. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2007;370(9593):1164-74.

ภาคผนวก

รายละเอียดผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม และการลงพื้นที่การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
ในแต่ละพื้นที่

ผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม และการลงพื้นที่ การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พื้นที่ CUP จังหวัดน่าน

1. การรับรู้ ทศนคติและความตระหนักต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน (สสจ.) เห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาทางกายอื่นๆ ซึ่งต้องดูแลเป็นองค์รวมและควรส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะทั้งทางกายและทางใจครอบคลุมประชาชนทั้งหมด ไม่ได้เน้นเฉพาะกลุ่มมีปัญหาหรือเป็นโรคแล้ว นอกจากนั้นยังเห็นว่าผู้ที่มีภาวะหรือป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เป็น “ผู้มีจิตใจอ่อนไหว” สามารถป้องกันหรือส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็สามารถหายเป็นปกติได้ นอกจากนั้นในสังคมยังมีบางคนที่ตีตรากลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ว่าเป็นเรื่องของบุญกรรม โชคชะตาหรือเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ ถูกสังคมมองว่าเป็นเหมือนนักโทษ

มุมมองผู้ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทเห็นตรงกันว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตกับปัญหาทางกาย ทั้งสองอย่างนี้อาจเป็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดโรคของกันและกัน แต่ส่วนใหญ่เห็นว่าการให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมายังน้อยกว่าโรคทางกาย และเห็นว่ามีความเข้าใจผิดของสาเหตุของการเกิดปัญหาหรือโรคทางจิตเวช และทัศนคติที่สำหรับอีกประการนั้นคือยังมีผู้ป่วยหรือญาติครอบครัวไม่ยอมรับเป็นโรคนี้นี้ ทำให้ไม่เข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งต่อต้านการให้ความช่วยเหลือใดๆ จากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยหลายรายพบว่าถูกมองเป็นภาระของครอบครัว มีทัศนคติเชิงลบ ถูกตีตราจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น

ผู้ให้บริการเห็นว่าโรคจิตเวชเกิดจากปัจจัยหลายอย่างทั้งตัวบุคคล ครอบครัว สภาพแวดล้อมอื่น รวมถึงความแตกต่างลักษณะของพื้นที่อาศัย ซึ่งหมายถึงบริบทแวดล้อมที่ต่างกัน ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ย่อมมีปัญหาจิตเวชที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหากการจัดบริการที่ดี มีแนวทางเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง การรักษา การฟื้นฟู และเอาใจจริงเอาใจของเจ้าหน้าที่ก็จะส่งผลต่อการลดลงของปัญหาโรคจิตเวชนั้น

ส่วนกลุ่มแกนนำชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกือบทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่าพวกเขาพร้อมทั้งประชาชนคนอื่นๆ ในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคจิตเวช อีกทั้งไม่สามารถรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตได้ล่วงหน้าจนกว่าจะมีพฤติกรรมแสดงอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่าสงสาร เพราะยังมีชาวบ้าน (รวมทั้งบางคนในกลุ่มแกนนำชุมชนและ อสม.) จำนวนหนึ่งมีทัศนคติที่ไม่ดี ยังตีตรา บังเกียด พุดเสียดสีและมักเรียกกลุ่มนี้เป็นพวก “ผีบ้า” เกิดมามีกรรมหรือชดใช้กรรม เป็นภาระ บางคนเห็นว่าเป็นบุคคลอันตราย ผู้ป่วยหลายคนถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

ภาพรวมผู้ให้บริการเห็นว่าความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นปัญหาที่สำคัญมากในพื้นที่จังหวัดน่านไม่ว่าจะเป็นชาวเขา ชนเผ่าหรือคนพื้นราบก็ตาม ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าวนี้นี้ผู้ให้บริการเห็นสอดคล้องกับ นพ.สสจ.น่าน ซึ่งได้กำหนดนโยบายรณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการติดสุราอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 และระดับพื้นที่มีการสอดรับนโยบายดังกล่าวนี้ทั้งจังหวัด โดยทั้ง นพ.สสจ. และผู้ให้บริการเห็นว่าการแก้ไขปัญหาระยะการติ่มสุราจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านจิตเวชได้ และเป็นการแก้ไขปัญหาด้านต่อได้อย่างแท้จริง แต่ในมุมมองของแกนนำชุมชน อสม. ปัญหาลำดับแรกๆ ที่ให้ความสำคัญจะ

เป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ เรื่องสังคม ปัญหาลูกท้อ ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ร่วมสนทนาเห็นตรงกันว่า ปัญหาลูกท้อจากการติ่มสุราจะเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข

ประเด็นความผิดปกติทางจิตเวชจากการติ่มสุรา ผู้ร่วมสนทนาได้อภิปรายและสรุปว่าเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก มีปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนให้คนในพื้นที่เสี่ยงต่อการติ่ม โดยเฉพาะวัยทำงานเขตชนบท เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมการติ่มถูกผนวกกับความเชื่อและค่านิยมที่ผิดๆ ของสังคม จะพบแนวโน้มปัญหานี้มากในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร (ส่วนใหญ่เป็นข้าวโพด) ชาวบ้านจะ “ช่วยกันหรือลงแขก” เก็บเกี่ยวผลผลิตโดยจะวนเวียนไปช่วยทุกบ้าน ซึ่งหลังจากลงแขกในแต่ละวันหรือระหว่างทำงานก็จะมีอาการติ่มสุราไปด้วย ชาวบ้านเหล่านี้จะเป็นกลุ่มเดิม ซึ่งจะมีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างนี้ทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 เดือน พฤติกรรมอันเกิดจากความเชื่อ ค่านิยมเหล่านี้กำลังกระจายไปสู่กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็น “นักติ่มหน้าใหม่” มากขึ้น สำหรับ “นักติ่มหน้าเก่า” ก็ยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิมประกอบกับการเป็น “ตัวแบบที่เกิดขึ้นในสังคมครอบครัว” เหล่านี้เริ่มปลูกฝังในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น ประเด็นนี้จึงเป็นปัญหาที่สำคัญต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ทำให้ระดับจังหวัดมีนโยบายในการป้องกันและควบคุมการติ่มสุราเรื่อยมา ผลจากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาพบว่าแนวโน้มของปัญหาลดลงตามลำดับ แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาลำดับต้นๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไขถึงแม้เวลาจะผ่านมานานก็ตาม ประเด็นนี้ นพ.สสจ.และผู้ให้บริการเกือบทุกคนเข้าใจดี โดยเห็นว่าการดำเนินโครงการจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือ ร่วมใจของเจ้าหน้าที่ อาศัยการดำเนินที่ต่อเนื่อง โดยทุกคนมองว่าปัญหาเหล่านี้จะลดลงและเหลือน้อยที่สุดในสักวัน

ปัญหาลูกท้อที่ผู้ให้บริการเห็นว่ามีความสำคัญในลำดับต้นๆ เหมือนกันอีกประการหนึ่ง คือ ปัญหาลูกท้อที่เกิดจากโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาอีกทั้งในความคิดกลับกันผู้ให้บริการเห็นว่าหากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ที่เกิดจากความเครียด วิตกกังวล เกิดโรคซึมเศร้า ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลต่อโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หรือโรคทางกายอื่นๆ ตามมาด้วย ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมสนทนาครั้งนี้เห็นตรงกันว่าประเด็นปัญหานี้มีแนวโน้มของโรค เกิดภาวะต่อครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น จึงอยากให้มีการส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มโรคเรื้อรังผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

ประเด็นปัญหาที่นายแพทย์ สสจ. น่าน และผู้ให้บริการเห็นตรงกันอีกประการหนึ่งคือ แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาโรคซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อปัญหาการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย โดยเห็นว่าปัญหานี้ไม่ได้ถูกวิเคราะห์และไม่คาดคิดมาก่อนว่าจะเป็นปัญหาในพื้นที่ จึงไม่ให้ความสำคัญหรือตระหนักต่อปัญหามากนัก แนวทางส่งเสริม ป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นจึงไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ประกอบกับยังไม่ทราบแน่ชัดว่ามาตรการหรือแนวทางไหนที่จะสามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้านี้ได้

นอกจากนี้ปัญหาการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย จากการสอบถามผู้ให้บริการบนพื้นที่สูงพบว่า ชาวเขามีการฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลและความคิดของ สสจ. เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายผู้ให้บริการหลายคนมองว่าการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ผ่านมามีรูปแบบและลักษณะคล้ายๆ กัน อาจเป็น “พฤติกรรมเลียนแบบ” ซึ่งยังไม่ทราบแนวทางแก้ไขในเรื่องนี้

นอกจากนั้นหลังจากมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ กลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า ความผิดปกติทางจิตเวชจากการติ่มสุรา เครียดมากจนฆ่าตัวตาย และความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด เป็นปัญหาที่พบมากในพื้นที่ ซึ่งปัญหาลูกท้อเหล่านี้มักจะมีปัญหาหรือปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้อง

ประสบมาก่อน เช่น ปัญหาหนี้สิน ความยากจน การระบาดของสิ่งเสพติด พฤติกรรมการดื่มสุรา ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นต้น และส่วนใหญ่ยังเห็นว่าวัยทำงาน (ภาคเกษตร) มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อสม. หลายคนให้ทัศนะเพิ่มเติมว่า สาเหตุสำคัญอีกประการของปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัญหาครอบครัว เช่น ความขัดแย้ง พ่อแม่ไม่มีเวลา ไม่เป็นต้นแบบที่ดีให้กับลูก ไม่เข้มแข็งต่อแรงกระทบภายนอก ขาดความอบอุ่น เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อความเครียด มีปัญหาดื่มสุรา เสพยาเสพติด ตามมา นั่นก็ส่งผลต่อสุขภาพจิตในที่สุด

3. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช

จังหวัดน่าน มีโครงสร้างการจัดบริการด้านสุขภาพจิตโดยมีโรงพยาบาลน่าน เป็นหัวหน้าในการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน ประสาน ติดตามและสนับสนุนวิชาการด้านอื่นๆ รวมทั้งสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน เช่น บุคลากร การฝึกอบรม วิชาการ คู่มือแนวทาง/วิธีการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น และภายใน CUP จะมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยน ค้นหาปัญหา อุปสรรคและหาแนวทางการทำงานทุก 2 เดือน

สำหรับระบบบริการระดับโรงพยาบาลจังหวัด (โรงพยาบาลน่าน) มีจิตแพทย์ประจำจำนวน 2 คน จำนวนเตียงคนไข้ 24 เตียง ซึ่งจะเน้นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน รวมถึงการคัดกรองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนทั่วไป และหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากๆ จะส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

การจัดบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน มีพยาบาลจิตเวชซึ่งไม่มีบทบาทในการวินิจฉัย ทำหน้าที่เพียงช่วยกระจายยาให้กับผู้ป่วยเท่านั้น

การจัดบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีโครงสร้างในการจัดงานสุขภาพจิตไว้ในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพ มี รพ.สต.บางแห่งเท่านั้นที่มีพยาบาลจิตเวชประจำ ส่วน รพ.สต. ที่ไม่มีพยาบาลจิตเวชประจำ งานสุขภาพจิตเป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยมีหน้าที่หลักคือ คัดกรอง (เน้นกลุ่มเสี่ยง) ติดตาม พันฟูเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน และรายงานผลกลับไปยังหน่วยบริการ โดยร่วมมือกับ อสม. อบต. ผู้นำชุมชน หรือบางพื้นที่ก็จะประสานงานร่วมมือกับโรงเรียนและวัดด้วย ในระยะหลังได้มีการพัฒนา อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลน่านได้เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนการรับผู้ป่วย ของโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเก่าโดยการให้เบอร์โทรศัพท์ของจิตแพทย์เพื่อการปรึกษา ติดตามและเฝ้าระวังอาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

ด้านชุมชนมีการใช้บริการสายด่วน 1669 เพื่อรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการตอบรับและความร่วมมือเป็นอย่างดี สำหรับเสียงสะท้อนจาก อสม. และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับระบบบริการด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่เห็นว่า อุปสรรคที่สำคัญคือระบบการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ รพ. ทั้งเรื่องระยะทางที่ไกล การประสานงานที่บางครั้งญาติต้องทำเอง รวมถึงความรู้และทัศนคติของญาติผู้ป่วยในการที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไข นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้ด้าน

สุขภาพจิตเป็นอย่างดี มีการนำสื่อมาใช้เหมาะสม มีงบประมาณที่เพียงพอ และทุกหน่วยงานในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนให้มากขึ้น

4. แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

การจัดลำดับเพื่อวางแผนนโยบายให้บริการด้านสุขภาพของจังหวัดน่าจะพิจารณาขนาดของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลทางด้านขนาดของปัญหาหรือโรค ข้อมูลการป่วยและตาย ซึ่งส่วนใหญ่โรคที่มีความสำคัญจะเป็นโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคหรือปัญหาต่างๆ เหล่านี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าจะประกาศเป็นยุทธศาสตร์เฉพาะ แต่โรคจิตเวชมักจะไม่ถูกจัดอยู่ในลำดับต้นๆ

นพ.สสจ. และผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของสสจ. กล่าวโดยสรุปสำหรับนโยบายการให้บริการด้านสุขภาพจิตของจังหวัดน่าจะ มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพจิตที่ดี เข้าถึงบริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อและรักษา รวมทั้งการบริการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่ปกติสุข สังคมและชุมชนยอมรับ โดยส่งเสริมทัศนคติของประชาชนและเจ้าหน้าที่ฯ ด้วยการให้คิดว่าโรคจิตเวชมีธรรมชาติของการเกิดโรคเหมือนกับโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังอื่น สามารถเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันและรักษาให้หายได้ โดยผนวกงานร่วมกับการให้บริการโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเหล่านั้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง เป็นต้น

จังหวัดน่าจะ มีการดำเนินงานการให้บริการด้านสุขภาพจิตในระดับต่างๆ โดยจะมีกิจกรรมทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟู ซึ่งในแต่ละระดับมีความสามารถในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

สำหรับระบบบริการระดับ รพ.สต. ในปัจจุบันมีการดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยทำทั้งในส่วนของ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟู แต่ในส่วนของการทำงานเชิงรุกนั้นยังมีน้อยมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่จะเลือกทำกิจกรรมด้านสุขภาพจิตตามนโยบายหรือยุทธศาสตร์หลักของจังหวัดและ CUP ซึ่งแล้วแต่ช่วงว่าจะให้ความสำคัญในประเด็นปัญหาหรือกลุ่มเป้าหมายใด เช่น นโยบายการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจิตเวชจากแอลกอฮอล์หรือการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวช หลักการและนโยบายสำคัญของจังหวัดที่ให้ดำเนินการเชิงรุกขณะนี้คือ การคัดกรองในประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยคำถาม 2Q และ 8-9Q และการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น หลังจากการคัดกรองหากพบผู้ที่เข้าข่ายก็จะไปตรวจวินิจฉัยหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และจะมีการประสานงานกับตำรวจ อสม. ผู้นำชุมชนเพื่อร่วมลงพื้นที่ในการติดตามฟื้นฟู ต่อไป นอกจากนี้มีบาง รพ.สต. มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริม ความรู้และทัศนคติด้านสุขภาพจิตกับญาติและชุมชน โดยนำความรู้ไปเผยแพร่ในการจัดประชุมหมู่บ้าน ประชุมผู้นำชุมชน อสม. และงานเทศกาลต่างๆ ในหมู่บ้าน

ส่วนการดำเนินงานเชิงรับใน รพ.สต. จะมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงานโดยตรง ซึ่งทุก รพ.สต. มีขั้นตอนหรือแนวทางการทำงานคล้ายกัน นั่นคือมีระบบของการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่เข้ารับบริการ ปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยใหม่แต่มีค่อนข้างน้อย มีการประเมินอาการหรือวินิจฉัยเบื้องต้นหากพบว่าเข้าข่ายอาการด้านจิตเวชก็จะมี การรักษาโดยการให้ยา D2 ซึ่งเป็นยาที่มีอยู่ในทุก รพ.สต. โดยการจ่ายยาดังกล่าวจะจ่ายโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมการใช้ยาชนิดนี้มาก่อนแล้ว ในกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะมีระบบการส่งต่อโดยการประสานกับ อบต. 1669 และ อสม. เพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นก็就会被ส่งกลับมาในพื้นที่ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายทางโรงพยาบาลน่านจะส่งยากินหรือยาฉีดมาด้วย โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ทำหน้าที่ในการดูแลติดตาม ฟื้นฟู เช่น ดูแลติดตามในเรื่องการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง การให้ผู้ป่วยไปตรวจอาการตามนัด การสังเกตติดตาม

อาการผิดปกติหรืออาการ EPS ต่างๆ และจะมีการประสานงานกับโรงพยาบาลน่านในกรณีที่มีปัญหาในชุมชน ส่วนงานด้านการฟื้นฟูมีการประสานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ เช่น อบต. พัฒนาชุมชนในกิจกรรมส่งเสริมแนะนำอาชีพให้กับผู้ป่วย การให้ความรู้กับครอบครัวและชุมชนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

สำหรับระบบบริการในระดับชุมชน มีผู้นำชุมชนทำหน้าที่ในการประสานกับญาติผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ภัย รถฉุกเฉิน 1669 เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษา ประสานกับตำรวจเพื่อนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด และประสานกับ อสม. เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษา มีการเข้าไปเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้มีหน่วยงานพัฒนาชุมชน เข้ามาให้การช่วยเหลือในเรื่องของเบี้ยยังชีพและการฟื้นฟูอาชีพด้วย ในส่วนของ อสม. มีหน้าที่ในการสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน เมื่อพบเห็นผู้ป่วยก็จะเข้าไปให้คำแนะนำเพื่อให้ไปรับการรักษา คอยดูแลให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติรวมถึงการช่วยเหลือในเรื่องการประสานงานต่างๆ ระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

นอกจากนี้จังหวัดน่านได้มีการจัดตั้งชมรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต คือ “ชมรมสายใยดวงใจน่าน” ซึ่งมีหน้าที่ในการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คนพิการและญาติ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลเหล่านี้ให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่กลับไปป่วยซ้ำอีก อีกทั้งเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีรายได้จุนเจือครอบครัว

5. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

นายแพทย์ สสจ.น่าน เห็นว่าการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมาประสบความสำเร็จเพียงระดับหนึ่ง แต่หากพิจารณาความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชถือว่าประสบความสำเร็จพอสมควร เนื่องจากทางโรงพยาบาลน่านสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้โดยไม่ต้องส่งต่อไปที่ รพ.สวนปรุง

มุมมองของผู้ให้บริการเห็นว่าที่ผ่านมาการดำเนินงานให้บริการสุขภาพจิตประสบผลสำเร็จประมาณ 40-60% การดำเนินงานยังไม่สามารถให้บริการงานได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทุกวัย รวมทั้งไม่สามารถทำงานเชิงระบบ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน ส่งต่อ รักษา ฟื้นฟู ได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะงานเชิงรุกด้านการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่ขาดมากที่สุด ทั้งที่ควรเป็นส่วนที่ควรดำเนินการมากที่สุดก็ตาม

6. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จากการสนทนาและอภิปรายกลุ่มสามารถวิเคราะห์ ปัจจัยสนับสนุนรวมทั้งปัจจัยเอื้ออื่นๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดน่านได้ดังนี้

- จังหวัดน่านมีโครงสร้างระบบบริการที่เข้มแข็ง ทำงานประสานงานกันระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ทำงานเป็นระบบพี่น้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือและให้คำแนะนำโรงพยาบาลลูกข่าย

- ทุก รพ.สต. มีพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีแผนพัฒนาบุคลากร นอกจากนี้มีการประสานงานและสนับสนุนจากบุคลากรเครือข่ายใน รพ.สต. และรพ.น่าน แต่ยังไม่มีการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (CPG) โดย รพ.น่านเป็นหน่วยจัดทำและอบรมฟื้นฟูด้านวิชาการทุกๆ 2 เดือน มีการเพิ่มเทคโนโลยีเพื่อให้เกิดความสะดวกสบายในการทำงานมากขึ้น เช่น การจัดเก็บข้อมูล การส่งข้อมูลทาง SMS, Skype, VDO Conference แต่ในงานด้านสุขภาพจิตเพิ่มเริ่มดำเนินงานอย่างจริงจัง

- มีช่องทางการสนับสนุนด้านงบประมาณ ในพื้นที่ใด ได้แก่ มีกองทุนสนับสนุนจาก อบต. และงบประมาณที่สนับสนุนจาก สปสช.
- ชุมชนมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับภาคประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินการบริหารจัดการ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีกระบวนการยุทธศาสตร์ครบทุกหมู่บ้าน แต่ไม่ได้นำมาใช้ดำเนินการเท่าที่ควร โดยช่วงหลังเริ่มมีงานด้านสุขภาพจิตถูกบรรจุในแผนด้วย
- ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างองค์กรต่างๆ ทั้งใน และนอกชุมชน ซึ่งรถฉุกเฉินสายด่วน 1669 พร้อมให้บริการสำหรับประชาชนทุกคน
- มี อสม. และผู้นำชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย นอกจากนั้นจังหวัดน่านเปิดช่องทางลัดในการขอคำปรึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช
- มีภาคประชาสังคม “ชมรมฮักเมืองน่าน” ที่มีบทบาทในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ และญาติ ร่วมด้วย

7. ปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

- ไม่มีนโยบายหรือยุทธศาสตร์เป็นการเฉพาะ อีกทั้งรูปแบบ แนวทางการทำงานมีหลายมาตรฐานและหลากหลาย ที่ผ่านมาจะดำเนินงานควบคู่กับโรคอื่นๆ เช่นการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การรณรงค์ส่งเสริม ป้องกันปัญหาที่เกิดการตีแม่แอลกอฮอล์ เป็นต้น
- ขาดแคลนจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และถ้ามีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้มากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่รักษาโรคทางกายแต่ขาดความรู้ในการรักษาโรคทางจิตสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากหลักสูตรแพทย์และพยาบาลไม่ได้เน้นการรักษาทางจิต
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายอยู่เสมอ หากคนใหม่ไม่เห็นความสำคัญงานด้านสุขภาพจิตจะทำให้ขาดผู้สานต่อนโยบายและหากผู้อำนวยการคนใหม่ที่เพิ่งรับตำแหน่งมักไม่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต
- การจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ทักษะการให้บริการด้านสุขภาพจิต ไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากร
- มีปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากยาที่รักษาผู้ป่วยจิตเวชมีการควบคุมเป็นพิเศษ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ไม่มีบทบาทหน้าที่และอำนาจในการสั่งยาให้กับผู้ป่วย
- พื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร บางพื้นที่ยากลำบากในการเข้าถึงมักจะได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตที่จำกัด ถึงแม้ทางจังหวัดได้จัดทีมแพทย์และพยาบาลเข้าไปดูแล แต่การเชื่อมต่อระบบบริการ (รักษา ส่งต่อฟื้นฟู) ยังเป็นปัญหา ไม่มีความคล่องตัว
- ปัญหาด้านการสื่อสารกับชาวเขาต้องอาศัยชาวบ้าน แกนนำหรือ อสม. ดังนั้นการจัดบริการด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องอาศัยเวลา เจ้าหน้าที่ต้องมีความพยายาม อดทนและมีความตั้งใจหรือ “จิตอาสา” มากๆ ถึงจะทำงานให้สำเร็จได้
- เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีภาระงานหลายด้าน (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู) ต้องดูแลสุขภาพกายและใจของประชาชนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ ประกอบกับข้อจำกัดอื่นๆ ได้แก่ บุคลากรจิตเวชยังไม่เพียงพอ ขาดความชำนาญ ทักษะด้านต่างๆ งบประมาณ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ วิธีการหรือกระบวนการยังไม่มีประสิทธิภาพ นโยบายยังไม่มีความชัดเจนในกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรอง และแนวทางการส่งเสริมป้องกัน ทำให้การทำงานไม่ประสบผลอย่างเต็มที่เท่าที่หวังเอาไว้
- บุคลากรเห็นว่างานจิตเวชไม่มีตัวชี้วัดที่แสดงถึงผลงาน จึงยังมองไม่เห็นความสำเร็จของงาน

- บุคลากรส่วนมากยังให้ความสำคัญน้อยกับปัญหาสุขภาพจิตและยังขาดความรู้แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- บุคลากรไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน เช่น เรื่องค่าตอบแทนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย การให้คำปรึกษา เป็นต้น
- ความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก CUP ซึ่งหากได้รับจัดสรรมาที่ รพ.สต. โดยตรงน่าจะเป็นทางออกที่ดี อีกทั้งแนวทางการสนับสนุนงบประมาณไม่ชัดเจนดั่งที่จัดสรรให้กับโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ
- ขาดฐานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน ทำให้บุคลากรไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์การณได้
- โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการลงข้อมูลไม่สนับสนุนหรือง่ายต่อการทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงระบบนำเข้าข้อมูลบ่อย
- เจ้าหน้าที่ อสม. ขาดความรู้ ความเข้าใจเครื่องมือแบบคัดกรองโรคจิตเวช
- ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิต เช่น เป็นเรื่องบาปกรรม โสยศาสตร์ การชดใช้กรรม เป็นต้น บางชุมชนพบว่ามีการกีดกันหรือไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมชุมชน ผู้ป่วยบางคนถูกกักขัง
- ภาศึเครือข่าย เช่น อบต. พม. มีการประสานความร่วมมือกับรพ.สต.ไม่เต็มที่ควร ทำงานในลักษณะแยกส่วน ต่างคนต่างทำ
- การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการมีความยากลำบาก ทั้งจากตัวผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ทั้งจากญาติที่ไม่ยอมรับว่ามีผู้ป่วยในครัวเรือน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความยากลำบากในการให้ความช่วยเหลือ หากญาติไม่ยอมรับนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ โอกาสในการรักษาผู้ป่วยก็จะมีน้อยลง เมื่อผู้นำชุมชนเข้าไปดำเนินการมักถูกมองว่าละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ
- เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านมักทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้กลับมาป่วยซ้ำได้ง่าย
- การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก ญาติต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย หากญาติขาดความเข้าใจในตัวโรคและตัวผู้ป่วย มีช้กเกิดความขัดแย้งกันและส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดไปด้วย

8. ความต้องการสนับสนุนและการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

8.1 นายแพทย์ สสจ.น่าน/ผู้ให้บริการ (รพ.น่าน และ รพ.สต.)

- อยากรให้กรมสุขภาพจิตหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาและสนับสนุนเรื่องเครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ง่ายและเหมาะสมสำหรับ อสม.
- กรมสุขภาพจิตพัฒนาหรือปรับปรุงหลักเกณฑ์การควบคุมการใช้ยาจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น
- เชื่อมโยงเรื่องสุขภาพจิตกับศาสนา วัฒนธรรมและส่งเสริมบทบาทของผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน ในการดูแลสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
- มีระบบพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ

- กรมสุขภาพจิตควรเพิ่มการอบรมวิชาการด้านจิตเวชให้กับบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล อสม.หรือแกนนำอื่น) รวมทั้งเพิ่มหลักสูตรอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น Basic Counselling ระยะสั้นๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.ทุกคน

- อยากให้ออนงงบประมาณสนับสนุนโดยตรงที่ รพ.สต. และอยากให้การจ่ายค่าตอบแทนการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนมีความชัดเจนทั้งระยะเวลา และจำนวนที่ได้รับ เป็นต้น

- นอกจากแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินแล้ว อยากให้มีวิธีเพิ่มแรงจูงใจอย่างอื่นประกอบกัน เช่น การประกวดผลงานด้านสุขภาพจิต นวัตกรรมหรือการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิต

- กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและดำเนินโครงการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการสนับสนุนวิชาการ แนวทางการทำงานและงบประมาณ

- ปรับปรุงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดการข้อมูลหรือบันทึกข้อมูลเพื่อการรายงานทั้งในระดับจังหวัดและเพื่อรายงาน สปสช. ควรเชื่อมต่อกับโปรแกรม HOS (XP.) เพื่อได้ประโยชน์สูงสุดและไม่ควรซับซ้อนมากนัก

- สนับสนุนแผ่นพับ VCD เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชสำหรับประชาชนทั่วไป อีกทั้งเครื่องมือคัดกรองควรออกแบบมาให้ง่ายต่อการพกพาในการใช้งาน

8.2 แกนนำชุมชน

- ส่งเสริมด้านความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติ ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคหรือปัญหา สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการสังเกต ดูแลและรักษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชได้

- ให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น เพราะประชาชนทั่วไปยังขาดความเชื่อมั่นในทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.

- ให้ความรู้ อสม. เพื่อประสานความร่วมมือในการส่งต่อและติดตามผู้ป่วย แต่ไม่เห็นด้วย หาก อสม.จะเป็นผู้คัดกรอง เพราะการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินมักไม่ได้ผล ประชาชนไม่ตอบความจริงและไม่เข้ากับบริบทสังคม อีกทั้ง อสม. ยังขาดความรู้และทักษะอยู่มาก อสม. บางคนอ่านหนังสือไม่ได้ การคัดกรองที่ผ่านมามากไม่ประสบผลสำเร็จ

- หน่วยบริการสาธารณสุขควรประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น อบต. พัฒนาชุมชนโดยสนับสนุนงบประมาณในการฟื้นฟูอาชีพผู้ป่วย หรือประสานความร่วมมือร่วมกับหน่วยกู้ภัย ดำรง ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ

- สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังรับการรักษา

- มีจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชเข้ามาเยี่ยมชุมชนหรือมาตรวจรักษาโดยตรง

- ควรมีบุคลากรด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยา ประจำอยู่ทุก รพ.สต.

8.3 อสม.

- อยากให้มีการจัดอบรม อสม./ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต

- อยากให้มีการจัดตั้งศูนย์ด้านสุขภาพจิตในหมู่บ้านหรือตำบลที่เป็นศูนย์กลางเพื่อจะได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยในการส่งต่อ กิจกรรมฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วย

- อยากให้มีสื่อที่ใช้สำหรับณรงค์ด้านสุขภาพจิตมากๆ ซึ่งสื่อควรจะเป็นภาพที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายและให้ไว้กับตัว อสม.

- เจ้าหน้าที่ควรมีการติดตามการทำงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมโครงการอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรปล่อยให้เป็นที่ของ อสม.หรือแกนนำอื่น
- จัดให้มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาเยี่ยมชุมชน ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเพราะจะทำให้การดำเนินงานหรือ อสม. เองได้รับความเชื่อถือจากชาวบ้านมากขึ้น เช่น การให้ความรู้ในเรื่องของโทษจากการดื่มสุรา การติดยาเสพติด เป็นต้น
- อยากให้มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้เริ่มขึ้นมาเอง
- อยากให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นที่ของ อสม. หรือ จนท.สาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชพื้นที่ CUP นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

1. การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

มุมมองของสาธารณสุขจังหวัดโดย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) เห็นว่าเรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ต้องมีการบูรณาการ (integrated) ซึ่งถ้าทำดีแล้วจะประสบความสำเร็จได้ยาก ทางด้านระดับผู้ให้บริการคือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยกตัวอย่างปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคหรือภาวะทางจิตเวช เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ยาก เพราะไม่สามารถวินิจฉัยล่วงหน้าได้ ไม่สามารถทราบสัญญาณที่แน่นอนได้ ส่วนใหญ่จะเห็นปัญหาเมื่อพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จแล้ว นั่นหมายความว่า การควบคุม ป้องกันเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมากเมื่อเทียบกับโรคทางกายที่จะทราบเหตุผลของการเกิดโรค และมีแนวทางการรักษา ติดตามที่ชัดเจน ปัญหาอีกด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นในภาคประชาชนคือ ประชาชนมักมองว่า รพ.สต. ไม่สามารถรักษาโรคทางด้านนี้ได้ จึงไปให้ความสำคัญที่ รพ.สวนปรุง มากกว่า ส่วนหนึ่งเป็นเพราะทาง รพ.สต. ไม่ได้ประชาสัมพันธ์หรืออธิบาย บทบาทหน้าที่หรือความสามารถของ รพ.สต. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน อีกส่วนเป็นเพราะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ เครื่องมือและชื่อเสียงของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านนี้มากกว่า

หากกล่าวถึงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ในทัศนะของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ร่วมอภิปรายในกลุ่มต่างแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ส่วนใหญ่จะนึกถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งจะรับประทานยาประจำ นานๆ ต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลุ่มบุคคลที่ทำงานกับเครื่องจักรที่มีเสียงดังมาก นานๆ ก่อให้เกิดอาการหูแว่วตามมา กลุ่มคนที่พูดจาไม่ค่อยรู้เรื่อง เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีพฤติกรรมไม่เหมือนคนปกติ เช่น เดินไปมา ไม่หลับไม่นอน ญาติต้องคอยจับไว้ ชอบทำร้ายคนอื่น เผาบ้าน ไม่ดูแลร่างกาย ปล่อยให้ร่างกายสกปรก พูดพรวดเพื่อ เอะอะโวยวาย ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อม เด็กที่มีพัฒนาการช้า หรือกรณีคนที่เชื่อในไสยศาสตร์มากเกินไปจนในที่สุดก็เกิดอาการทางจิตเวช นอกจากนี้บางคนเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวทยังเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมและครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ด้านจิตแพทย์ที่ร่วมในกลุ่มให้ทัศนคติเกี่ยวกับอาการจิตเวชว่า อาการโรคจิตหรือความผิดปกติสามารถเกิดกับทุกคน ซึ่งเกิดจากปัญหาสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต หากทุกคนเจอปัญหาและสามารถปรับตัวได้ก็สามารถกลับมาอยู่ในสังคมปกติได้

ด้านความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่างมีความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ คือ รู้สึกสงสาร เวทนา เห็นใจ อยากช่วยเหลือ ดีใจที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการต่อเนื่อง และมีพัฒนาการดีขึ้น แต่ในบางครั้งก็รู้สึกรังเกียจ เพราะผู้ป่วยร่างกายสกปรก เกิดความกังวลและกลัวผู้ป่วยอาละวาดทำร้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการพิษสุราเรื้อรัง เกิดความเครียดเวลาผู้ป่วยโวยวาย กรณีแนะนำญาติในการให้ผู้ป่วยไปรับการรักษา ญาติก็ไม่เชื่อฟัง ผู้ป่วยก็ไม่ยอมไปรักษา ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย รำคาญ นอกจากนี้เกิดความสงสัยว่าทำไมไม่มีใครมาจัดการกับปัญหานี้ และคิดว่าคนในชุมชนยังไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เท่าที่ควร ซึ่งจิตแพทย์ให้ความเห็นว่าการทำงานมีโอกาสเจอผู้ป่วยหลากหลาย หากเจอผู้ป่วยที่น่าสงสาร เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า ก็จะทำให้ความรู้สึกอยากช่วยเหลือ หากเจอผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตและเสียงจะทำร้ายร่างกายผู้อื่น เจ้าหน้าที่อาจมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในทางลบ ซึ่งไม่ใช่เรื่องแปลก แต่หากเราเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยนั้นเป็นอยู่ ทราบสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องเป็นแบบนี้ ชีวิตที่ผ่านมาต้องพบเจอปัญหาอะไรบ้าง เราในฐานะผู้ให้บริการอาจจะเข้าใจมากขึ้น และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีการใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มองว่าการดูแลผู้ป่วยนั้น จะรู้สึก เครียด สับสนเกี่ยวกับ พฤติกรรม อาการ และการดูแลผู้ป่วย บางครั้งก็รู้สึกสงสาร บางครั้งก็รู้สึกน้อยใจที่ทำไมเราต้องมาดูแล บางครั้งก็คิดว่าเป็นเวรกรรม อีกด้านหนึ่งคือไม่อยากจะมองผู้ป่วยว่าเป็น “บ้า” หากผู้ป่วยไม่ได้ทำร้ายใคร หรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเองก็ไม่อยากให้ใครมาเรียกตนเองว่าเป็นบ้า ส่วนผู้ป่วยบางคนจะคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย แต่ เพราะมีความเครียดเท่านั้น หากป่วยก็ต้องมีอาการไข้ นอกจากสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีมุมมองต่อสังคม ภายนอกคือ คิดว่าคนในสังคมคงจะรังเกียจผู้ป่วยที่เป็นแบบนี้ อาจกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย หรือคอยมารบกวน แต่บางคนอาจจะมีสงสาร หรือเห็นใจ ซึ่งมีความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ ปะปนกันไป ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่สิ่งที่สำคัญที่ผู้ดูแลเห็นว่าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ ต้องยอมรับว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจริงและโรคนี้อาจเป็น ปัญหาเพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขต่อไป

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) กล่าวว่า จังหวัดเชียงใหม่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เป็น ปัญหาระดับแนวหน้าคือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งสาเหตุอาจจะมีมาจากเอกลักษณ์ของพื้นที่ ปัญหาการใช้ชีวิตของคน ในพื้นที่และปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาโรคเรื้อรังนั้น พบว่าเมื่อเราแก้ปัญหาโรคเรื้อรังได้จะทำให้อัตราการฆ่า ตัวตายลดลง ซึ่งในอดีตการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของจังหวัดประมาณร้อยละ 30 มีสาเหตุมาจากการ ติดเชื้อเอดส์ แต่ปัจจุบันการฆ่าตัวตายอยู่ลำดับ 4 ปัญหาโรคเรื้อรังมาเป็นอันดับ 1 สำหรับการแก้ปัญหาการฆ่า ตัวตายที่ผ่านมาท่านผู้ว่าฯ มีนโยบายสังคมในเรื่องดังกล่าว ซึ่งโรคเรื้อรังจะเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายใน ปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและไม่ต้องการให้เป็นภาระของลูกหลาน ถ้าสามารถแก้ปัญหาเรื่อง โรคเรื้อรังได้จะทำให้ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้ด้วย หากเทียบกับประชากรทั้งจังหวัดเชียงใหม่จะมี ผู้ป่วยสุขภาพจิตใน 8 กลุ่มโรคประมาณ 200-300 คนต่อแสนประชากร ซึ่งยังขาดข้อมูลจากโรงพยาบาลสวน ปรง ส่วนในเขตอำเภอแมริมที่มีโรงพยาบาลนครพิงค์รับผิดชอบซึ่งมีประชากรประมาณ 8 หมื่นกว่าคน จะมี ผู้ป่วยสุขภาพจิตใน 7 โรคยกเว้นโรคสมองเสื่อม ประมาณ 14,000 คน ด้านผู้ให้บริการสรุปปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชที่มีในพื้นที่ ได้แก่ ฆ่าตัวตาย วิตกกังวล โรคจิต พิษสุราเรื้อรัง ซึมเศร้า สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรค ทางเด็ก เช่น ออทิสติก สมาธิสั้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะไม่ใช่ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของนครพิงค์ ทั้งหมดเพราะมีพื้นที่รอยต่อด้วย คาดการณ์ประมาณผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีประมาณ 5- 10% ของ ประชากรทั้งหมด สำหรับสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่จากการรวบรวมในแต่ละกลุ่ม สรุปได้ ดังนี้

1. วัฒนธรรม กล่าวคือถ้าไม่ทำตามวัฒนธรรมจะถูกสังคมประณามโดยเฉพาะผู้หญิง รวมไปถึงสุราที่ กลายเป็นวัฒนธรรมการดื่ม เนื่องจากเป็นสังคมเปิดกว้าง หาซื้อได้ง่ายและมักจะมียู่ในการจัดงานทุกประเภท เช่น งานบุญ งานศพ งานบวช ฯลฯ สุราพื้นบ้านมีการผลิตเยอะ ทั้งผลิตแบบเปิดเผยและแบบไม่เปิดเผย ซึ่งที่ ไม่เปิดเผยก็มีเยอะเนื่องจากความครอบคลุมการดูแลของท้องถิ่นไม่ทั่วถึง การเก็บภาษีสุราแพงทำให้ต้องมี การลักลอบขายสุราเถื่อน นอกจากนี้ เกษตรกรประมาณ 80% หลังจากกลางแขกเกี่ยวข้าวเสร็จจะตั้งวงกันดื่ม สุรา เกษตรกรบางคนดื่มเป็นกระษัย แก้วปดเมื่อย บางคนดื่มเพื่อการสังสรรค์ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันสุรากำลังเริ่ม จะระบาดมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น
2. คนเหนือจัดการปัญหาไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะวิกฤติปัญหาชีวิตเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากวิถีชีวิตที่เคยชินกับ ความสุขสบาย ไม่เร่งรีบ ไม่ต้องดิ้นรน แต่พอเจอปัญหาหนักก็หาทางออกไม่ได้
3. สภาพเศรษฐกิจที่ต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป

4. สื่อที่เปิดกว้าง ทำให้คนเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ และประชาชนได้รับข่าวที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ปัญหาอาชญากรรม

5. ปัญหายาเสพติด ระบาดมากในเกือบทุกคน เนื่องจากการใช้ยาบ้า มีราคาแพง ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุปานกลาง พ่อแม่ร่ำรวยมีฐานะ ซึ่งจะมีทั้งเสพเองและเป็นผู้จำหน่ายรายย่อยด้วย คนที่ติดยาเสพติดเมื่อได้เข้าไปรับการบำบัดแล้วกลับมาจะติดยาอีก เนื่องจากมาเจอสังคมเพื่อนแบบเดิมๆ ยาเสพติดจึงเลืกยาก อีกทั้งพื้นที่ยังเป็นจุดผ่านของยาเสพติด รวมถึงมีสถานบันเทิงที่มากขึ้น

6. ปัญหาเรื่องการพนัน เช่น พนันบอล เล่นมวยตู้ แต่มีค่อนข้างน้อย ซึ่งปัญหาการพนันจะเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มชาวบ้าน

7. กลุ่มวัยเด็ก จากการคัดกรองเด็ก LD ในโรงเรียนแห่งหนึ่งซึ่งมีเด็กกลุ่มเสี่ยง 30 คนจากทั้งหมด 250 คน สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องจากในอำเภอแมริมมีเด็กต่างด้าวและเด็กชายขอบจำนวนมาก มีจำนวนครูไม่เพียงพอต่อการดูแลทำให้เด็กไม่รู้หนังสือ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเด็กติดเกม ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ครอบครัวไม่มีเวลาให้เด็กและให้เด็กใช้เทคโนโลยีมากเกินไปทำให้เด็กเข้าถึงสิ่งไร้สาระมากขึ้น ในอำเภอแมริมจะไม่มีโรงเรียนที่เด็กพิเศษเรียนร่วมกับเด็กปกติ

8. กลุ่มผู้สูงอายุ จะมีปัญหาสุขภาพจิตในเรื่องของโรคสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการอยู่คนเดียว ถูกทอดทิ้ง หรือเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในเรื่องโรคสมองเสื่อมนั้นชาวบ้านยังขาดความเข้าใจในเรื่องของตัวโรคและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

3. โครงสร้างและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่มีนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในเรื่องสุขภาพจิต โดยเป็นทำงานแบบผสมผสาน เกิดความเชื่อมโยงกันในการดูแลสุขภาพกายและจิต เช่น มีการวางแผนที่จะทำการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เช่น การนวด การเย็บมดบ้าน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ช่วยลดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตด้วย

ด้านโครงสร้างระบบการให้บริการงานด้านสุขภาพจิตในระดับ รพ.สต. การดำเนินงานจะผนวกรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของงานด้านอื่นๆ เช่น งานส่งเสริม ป้องกันโรคเรื้อรัง ที่ผ่านมามีการคัดกรองร่วมกับโรคเรื้อรัง และการดื่มสุรา แต่ไม่มีกิจกรรมที่ดำเนินการเฉพาะด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ จึงดูเหมือนว่างานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเหมือนงานฝาก ผู้บริหารระดับจังหวัด รพช. และ รพ.สต. ยังไม่เห็นความสำคัญมากนัก ด้านเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มองว่าโครงสร้างระบบบริการยังไม่ชัดเจน ไม่มีการแบ่งงานที่ชัดเจน รวมถึงการประสานงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ทั้ง รพ.สต. รพช. รพ. สอนปรุง ยังไม่ชัดเจน

4. ความต้องการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ญาติ/ตัวผู้ป่วย ต้องการให้สังคม ทำดี พูดดี กับผู้ป่วยเปิดโอกาสและยอมรับในตัวผู้ป่วยมากขึ้น ควรมองว่าเป็นเรื่องปกติ ในระดับการให้บริการของ รพ.สต. อยากให้เข้าถึงผู้ป่วย เช่น สอบถามอาการ ให้คำปรึกษา มาเยี่ยมดูแล แนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลควรมีการอธิบายให้เข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วย หาวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยและยอมรับการรักษา และเห็นว่า รพ.สต. และ อสม. ควรช่วยเหลือเบื้องต้นได้เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากมีอาการผิดปกติจะส่งต่อไปที่ รพ.สต. เพราะ อสม. มีครัวเรือนที่รับผิดชอบชัดเจน จำนวนไม่มากจึงใกล้ชิดกับคนในชุมชนมากที่สุด

5. การดำเนินงานของระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ให้บริการ กล่าวว่าการทำงานด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมาเน้นทำตามสั่งของกรม หน่วยงานหรือตามตัวชี้วัดที่จะต้องจัดทำรายงานส่ง หรือของงบประมาณ ไม่ได้คิดทำกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริม ป้องกัน จึงเหมือนเป็นงานฝากที่ผนวกไว้กับงานด้านอื่น สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตแยกออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

5.1 การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย

ขั้นตอนนี้ ยึดตามนโยบายส่วนกลางที่กรมสุขภาพจิตและสสจ. เป็นผู้กำหนด คือ ให้เจ้าหน้าที่ อสม. เป็นผู้คัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรอง 2Q ในโรคซึมเศร้า คัดกรองร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ หากพบมีความเสี่ยงจะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยืนยันเพื่อวินิจฉัยเบื้องต้น หากเข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงจะนำเข้าสู่ระบบต่อไป

5.2 ด้านการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา

พยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบจะประเมินแบบคัดกรอง 8Q และ 9Q กลุ่มเสี่ยงที่ อสม. คัดกรองมา หากพบว่าอาจเป็นผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะให้คำปรึกษา (Counseling) เบื้องต้น หรืออาจให้ยา Diazepam และหากต้องส่งต่อ ส่วนใหญ่จะใช้บริการ รถฉุกเฉิน 1669 หรือ EMS ของโรงพยาบาล หากมีกรณีผู้ป่วยในชุมชนอละวาด ก็จะมีการนำส่งไปตามขั้นตอน โดยจะได้รับการวินิจฉัยหรือรับทราบจาก รพ.สต. เมื่อมีอาการดีขึ้นจะถูกส่งตัวกลับมาพื้นที่ โดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คอยติดตาม และผู้ป่วยสามารถรับยาจาก รพ.สต. ได้ เนื่องจาก CUP นครพิงค์ มีการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ โดยจะจัดส่งยาจิตเวชให้กับ รพ.สต. เป็นประจำทุก 3 เดือน

5.3 ด้านการฟื้นฟู

เจ้าหน้าที่จะมีการติดตาม ดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยบางพื้นที่ อบต.จะสนับสนุนในเรื่องของยานพาหนะสำหรับการเยี่ยมบ้านและมี อสม. เข้าไปช่วยเยี่ยมบ้าน

5.4 ด้านการส่งเสริม การป้องกัน

มีการจัดค่ายบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสอดแทรกแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ซึ่งพบในผู้สูงอายุ ค่ายทักษะชีวิตและค่ายยาเสพติดให้กับกลุ่มวัยรุ่น ตัวอย่างกิจกรรมของรพ.สต. ที่เด่นชัดในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ซึ่งรวมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ คือ การดำเนินงานของ รพ.สต.ดอนแก้ว โดยมีการจัดกิจกรรมวันเต็มสุข ทุกวันพฤหัสบดี ให้ชมรมผู้สูงอายุ และผู้พิการ โดยร่วมมือกับ รพ.นครพิงค์ จะมีการเวียนการจัดที่วัดต่างๆเดือนละครั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะมีรถรับส่งคอยบริการ กิจกรรมที่ทำจะเน้นการผ่อนคลาย เช่น ร้องเพลง ออกกำลังกาย แพทย์แผนไทย นวดฝ่าเท้า และมีการฝึกอาชีพ เป็นต้น

6. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) กล่าวว่า กิจกรรมการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของจังหวัดที่ผ่านมาหลายอย่าง เช่น การทำ pre-post counseling ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถขยายผลไปถึงระดับประเทศ สำหรับเหตุการณ์อุทกภัยที่ผ่านมาทีมสุขภาพจิตมีการลงพื้นที่ร่วมกับทีมสุขภาพกายซึ่งจะทำงานร่วมกัน และมีการจัดทำโครงการ “friend corner” ภายใต้โครงการ 2B Number one ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินการ “พื้นที่นอกเวลาสำหรับเยาวชน” อีกโครงการ ซึ่งทำมา

ประมาณ 4 ปี โดยเริ่มต้นทำที่อำเภอสารภีเป็นต้นแบบ และได้มีการตั้งองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทำให้ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของเยาวชนได้ นอกจากนี้ยังมีการทำโครงการ “เตรียมน้องก่อนเข้าเมือง” เป็นการเตรียมเยาวชนก่อนที่จะเข้าไปเรียนต่อหรือไปทำงานในเมือง ซึ่งการดำเนินงานจะเป็นการจัดกิจกรรมโดยจะสมมติเหตุการณ์ต่างๆ ที่เสี่ยงในเมืองและแนะนำวิธีการป้องกันตนเองแก่น้องๆ เยาวชนที่เข้าร่วมโครงการ เช่นในเรื่องของการถูกข่มขืน เป็นต้น โดยจะมีการนำบุคคลที่มีประสบการณ์มาเล่าเหตุการณ์จริงที่เคยเกิดขึ้นและถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองให้น้องๆ ฟัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการระดับ รพ.สต.ยังมองว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ถือว่ามีความสำเร็จน้อยมากจนถึงไม่มีเลย

7. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จังหวัดเชียงใหม่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสวนปรุงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพจิตจำนวนมาก เช่น ชมรมเครือข่ายด้านสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นชมรมในระบบสาธารณสุข มีสมาชิกประมาณ 300 กว่าคน มาจาก 25 อำเภอมีเจ้าหน้าที่สหสาขาทั้งจากโรงพยาบาล รพ.สต. สสอ. หรือ สสจ. มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพจิตทั้งหมดของจังหวัดโดยจะมีการนำโปรแกรมการเก็บข้อมูล 8 โรคจาก สสจ. นำมาปรับใช้ เนื่องจากที่ผ่านมาแต่ละคนมีการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระเบียบและไม่สามารถลิงค์กันได้ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้การจัดเก็บข้อมูลเป็นระเบียบมากขึ้นและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ทุกอำเภอ การดำเนินงานของชมรมจะเป็นลักษณะการแลกเปลี่ยน พูดคุยกันว่าแต่ละอำเภอมีปัญหาในการดำเนินงานอะไรบ้างและมีแนวทางแก้ไขอย่างไร มีการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังนำนโยบายของจังหวัดมาวางแผนการทำงานร่วมกัน การติดต่อประสานงานกันมีหลากหลายวิธี เช่น ผ่าน face book ติดต่อกันโดยตรง นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายชมรมผู้ป่วยจิตเวชและญาติโดยจะมีการรวมตัวกันเองในการทำกิจกรรมต่างๆ และถ่ายทอดประสบการณ์ให้กันและกัน

นอกจากนี้ผู้ให้บริการกล่าวว่าปัจจัยด้านบวกที่สนับสนุนให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีจิตอาสาอยากทำงาน มีความเข้มแข็ง ร่วมมือ ร่วมใจในการประสานงานในระดับพื้นที่ โดย อสม. ถือเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานด้านจิตเวช ที่ผ่านมาซึ่ง อสม. ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยทุกพื้นที่จะประชุมประจำเดือน มีการสร้างทั้งแรงจูงใจ ความไว้วางใจ มีการยกกระดบหรือเสริมพลังให้เกิดความรู้สึกภูมิใจอยากทำงาน มีการจัดอบรม อสม. เป็นระยะ ๆ เพื่อให้รู้เรื่องสุขภาพจิต ทั้งเรื่องการคัดกรอง 2Q ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้านเมื่อพบผู้ป่วย รวมถึงบางพื้นที่มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานในท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มพลังแผ่นดิน โดยให้ความร่วมมือตั้งแต่การสนับสนุนงบประมาณ การส่งต่อโดยใช้รถ EMS สายด่วน 1669 เป็นต้น ทางด้านความพร้อมของสถานบริการมีความพร้อมมาก นอกจากนี้บางพื้นที่มีการฝึกอบรมระดับปฏิบัติงานและเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของจังหวัดได้ เช่น วันเต็มสุขทุกวันพฤหัสบดี ของ รพ.สต.ดอนแก้ว ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้กับกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาศึกษาดูงาน

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

การดำเนินงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญงานหรือคำสั่งตามนโยบายเร่งด่วน ซึ่งมีค่อนข้างมากและบ่อยทำให้งานสุขภาพจิตอาจถูกละเลย อีกทั้งนโยบายงานด้านสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ไม่ค่อยถูกให้ความสำคัญมากนัก เจ้าหน้าที่ยังขาดการทำงานเชิงรุก ซึ่งจากการอภิปรายสรุปปัญหาอุปสรรค ดังนี้

1. บุคลากรในระดับผู้ให้บริการบางคนไม่มีความตระหนัก เกียงกันเพื่อให้บริการ
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการขาดความรู้และทักษะด้านจิตเวช รวมถึงการใช้ยาและผลกระทบจากยา ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น การค้นหาผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่คือ ชาวบ้านบางส่วนไม่เชื่อถือเจ้าหน้าที่ เพราะชาวบ้านบางคนสอบถามเจ้าหน้าที่ แต่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ก้อธิบายไม่ตรงกับที่ชาวบ้านเคยได้ยินตีมา และจนท.รพ.สต. หลายพื้นที่ไม่เชื่อมั่นในทักษะ ประสบการณ์และความสามารถของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการค้นหา คัดกรอง การให้คำปรึกษา การให้ยาและฟื้นฟู
3. เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารหน่วยงานท้องถิ่นตั้งแต่ผู้นำชุมชนและระดับผู้นำด้านสาธารณสุขมองข้ามปัญหาเรื่องจิตเวช
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการขาดความรู้ทางด้านเทคโนโลยี
5. ขาดแคลนบุคลากร ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และบุคลากรมีภาระหน้าที่หลายด้าน
6. พยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อหรืออบรมเพิ่มเติมในบทบาทที่ได้รับผิดชอบ
7. ไม่มีงบประมาณสนับสนุนงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้เจ้าหน้าที่เลือกที่จะทำงานที่มีความพร้อมด้านงบประมาณมากกว่า ถึงแม้มีงบประมาณบางส่วนจาก อบต. หรือเครือข่าย แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการนำมาส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ต้องเน้นไปที่ด้านการรักษา ฟื้นฟู
8. บางพื้นที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนเลย จึงผนวกรวมไปกับงานอื่น และนำเสนอผลงานเพียงแค่ตามตัวชี้วัด
9. ขาดเครื่องมือในการสนับสนุนงานจิตเวช เช่น แบบคัดกรอง
10. อสม. ไม่เข้าใจแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ไม่เข้าใจการสื่อความหมายในบางคำ เช่น โรคซึมเศร้า ทำให้ผลจากการเก็บข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ อีกทั้งแบบคัดกรองที่มียังไม่ครอบคลุมทุกโรคทางจิตเวช
11. คู่มือด้านโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีเฉพาะบางโรค และสนับสนุนไม่เพียงพอกับบุคลากรที่มี
12. เอกสารเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เช่น แผ่นพับ ด้านสุขภาพจิต ไม่เพียงพอ
13. โปรแกรมบันทึกข้อมูลยุ่งยาก หลายโปรแกรม เกิดเป็นภาระงานมากขึ้น บางพื้นที่เจ้าหน้าที่ไม่มีทักษะในการใช้
14. ตัวชี้วัดบางตัวที่มาจากผู้บริหารระดับประเทศ ทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมได้ยาก
15. เชียงใหม่เป็นพื้นที่สีแดงหรือพื้นที่เฝ้าระวังด้านจิตเวชแต่กลับไม่มี Know How ให้กับพื้นที่
16. นโยบายและผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในการบริหารงาน
17. ระบบส่งต่อทั้งไปและกลับยังไม่เป็นระบบที่แน่ชัด ถึงแม้เพิ่มศูนย์ระบบเชื่อมโยงแต่ยังไม่เกิดความชัดเจน ขาดการประสานงาน ระหว่าง รพ.สวนปรุง รพ.นครพิงค์ รพ.สต. อสม. ชาวบ้าน เครือข่าย ทำให้การรับส่ง ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง
18. ไม่มีช่องทางหรือการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี และเป็นแบบแผนเดียวกัน
19. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ยังขาดการประสานและทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ และไม่เคยมารับฟังความคิดเห็นกับในพื้นที่เลย

20.ญาติไม่ยอมรับว่าสมาชิกในครอบครัวของตนเองป่วย และผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับตนเอง มีผลต่อการรักษา การรับยาและการเข้าเยี่ยมของเจ้าหน้าที่

21.มีหลากหลายชนเผ่าในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานในพื้นที่เป็นเรื่องยาก ทั้งด้านการสื่อสาร การคมนาคม ความเชื่อ

22.ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีการมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

23.ภัยธรรมชาติ ทำให้เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ ผู้ป่วยรับยาไม่ต่อเนื่อง

24.มีรพ.เอกชนที่รักษาผู้ป่วย ไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เน้นด้านบริการรักษา และไม่เชื่อมโยงข้อมูล

9. ความต้องการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการร่วมสนทนากลุ่มในแต่ละระดับ สรุปความต้องการของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

9.1 ผู้ให้บริการ (ระดับ รพ.สต.)

1. พัฒนาความรู้ให้บุคลากรต่างๆ ทั้ง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. แกนนำ เรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยจัดการอบรมหลักสูตร Counseling ควรใช้เหตุการณ์จริงมาประกอบการอบรม

2. อยากให้มียาบาลจิตเวช ในทุกรพ.สต.

3. มีจิตแพทย์ประจำอำเภอคอยให้คำปรึกษา

4. ขอเพิ่มอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ โดยพื้นที่คัดเลือกเอง เช่น พนักงานเก็บข้อมูล พยาบาลวิชาชีพ

5. สนับสนุนงบประมาณให้กับเรื่องสุขภาพจิต

6. โปรแกรมบันทึกข้อมูลควรเป็นแบบเบ็ดเสร็จ สามารถดึงข้อมูลเพื่อวางแผนการทำงานหลายด้านได้

7. สนับสนุน CPG ที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามารถทำได้และมีความจำเพาะมากขึ้นให้เป็นไปตามการดูแลรักษาของแต่ละระดับสถานพยาบาล มี flow chart ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

8. สนับสนุนแบบคัดกรองที่ครอบคลุมโรคทางจิตเวชทั้งหมด

9. นโยบายงานด้านสุขภาพจิตต้องมีความต่อเนื่อง

10.เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น

11.สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์หรือเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน เช่น แผ่นพับ CD คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น คู่มือการใช้ยา เป็นต้น

12.มีระบบการติดต่อประสานงานแบบ Teleconference

13.สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจ เช่น ค่าตอบแทนในการค้นหา การไปฝึกอบรมหรือเรียนเพิ่มมากขึ้น เปิดโอกาส รพ.สต. ได้นำเสนอผลงานหรือเข้าร่วมงานวิชาการต่างๆ ให้มากขึ้น

14.มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นแบบอย่างเดียวกัน มีแนวทาง/ช่องทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

15.มีการทำประชาคมงานด้านสุขภาพจิตร่วมกับ อปท.

16.มีหน่วยบริการของศูนย์จิตเวชประจำอำเภอ สามารถลงพื้นที่ และเป็นศูนย์ข้อมูลด้านจิตเวชของพื้นที่

17.ตั้งศูนย์ฝึกอาชีพ มีนักรกกิจกรรม จิตเวช นักกายภาพ การศึกษานอกระบบ

9.2 กลุ่มแกนนำ

อยากให้มีการจัดทำชุดความรู้เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่คนในชุมชนทั้งในเรื่องของโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน มีแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชเพิ่มขึ้นและมีแพทย์ลงพื้นที่มากขึ้น มีสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง เช่น มีหน่วยงานที่อาสาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือมีบ้านพักเหมือนบ้านพักคนชรา เป็นต้น

9.3 อสม.

อยากให้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง อสม. ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวมถึงจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยและญาติ / อสม. / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างความสัมพันธ์และทัศนคติที่ดีระหว่างกัน

ผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม และการลงพื้นที่

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พื้นที่ CUP ตาคลี จังหวัดนครสวรรค์

1. การรับรู้ ทศนคติและความตระหนักต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ มีความเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ควบคุมยาก เนื่องจากไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสังคมที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาจึงควรทำเป็นวาระในระดับจังหวัดเพื่อให้หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาด้วย การทำงานสุขภาพจิตเชิงรุกในภาพรวมของจังหวัดนั้นยังทำได้น้อย จำเป็นต้องพัฒนาอีกมาก อีกทั้งโครงสร้างการดำเนินงานของสำนักสาธารณสุขจังหวัดควรมีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงาน และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และคนในชุมชน ในด้านการแก้ไขปัญหานั้นควรจะต้องมีระบบรองรับที่ดี ไม่ว่าจะเป็นในด้านการค้นหาผู้ป่วย การบำบัดรักษา การติดตามฟื้นฟูและการส่งเสริมป้องกัน แต่ที่ผ่านมา ระบบยังไม่เอื้อต่อการให้บริการเท่าที่ควรและพบว่าการดูแลผู้ป่วยหากใช้ระยะเวลาานาน จะส่งผลกระทบต่อทำให้ญาติผู้ดูแลพุดจาไม่ตีกระทบต่อความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้

แกนนำชุมชนและ อสม. เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่าสงสาร คนในชุมชนควรให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้ออาหารและที่พักอาศัยแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล ควรยอมรับให้อยู่ร่วมกับสังคมได้ โดยมองว่าโรคจิตเวชนั้นไม่ใช่โรคติดต่อ

มุมมองของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนมีความเห็นว่า ผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานที่เกิดประโยชน์แก่ครอบครัวได้ ส่วนบางคนมองว่าการป่วยด้วยโรคจิตเวชเป็นเรื่องปกติ ไม่เป็นปัญหาสำหรับครอบครัวทำให้ไม่เห็นความสำคัญในการดูแลรักษา และปล่อยให้ผู้ป่วยกินยาและดูแลตนเอง ส่วนทัศนคติอย่างหนึ่งที่ชุมชน อสม. และญาติมีความเห็นตรงกัน คือสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเวชนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการเข้าทรง ผีเข้า เพราะบางครั้งตรวจไม่เจอโรคแต่เมื่อได้ให้เจ้าแล้วอาการดีขึ้น

หากกล่าวถึงลักษณะอาการที่สังเกตได้ของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แกนนำชุมชนและ อสม. อธิบายลักษณะเหมือนกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเครียด วิตกกังวล ประสาทหลอน มีอารมณ์แปรปรวน หลงผิด เสียสติ หงุดหงิดไม่ไหวง่าย ชอบเอะอะโวยวาย อาละวาด หวาดกลัวหรือหวาดระแวงคนอื่น เพื่อฝัน บางคนมีอาการซึมเศร้า เหม่อลอย หน้าตานิ่งๆ ไร้อารมณ์ ชอบเก็บตัวไม่ค่อยพูดจาสูงส่งกับใคร บางคนชอบพูดคนเดียว พุดจาไม่รู้เรื่อง เดินหัวเราะ อยู่ไปวันๆ ไม่รู้วันเวลาสถานที่ บางคนแต่งตัวไม่สะอาด แต่งตัวประหลาด หรือชอบเปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อยและชอบใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด บางคนไม่ชอบใส่เสื้อผ้า ซึ่งบุคคลเหล่านี้มักจะเป็นผู้ที่ว่างงาน ถูกสังคมมองข้าม ไม่เห็นความสำคัญ มักจะมีอาการป่วยตลอดชีวิต ต้องกินยาและมีคนดูแลต่อเนื่อง

เมื่อกล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในมุมมองของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงบวก ได้แก่ รู้สึกน่าสงสาร รู้สึกสงสัยถึงสาเหตุการป่วยอย่าง จึงคิดว่าน่าจะมีหนทางในการรักษาและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ และเห็นว่าควรมีผู้ดูแล มีหน่วยงานเข้ามาอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นมีบางส่วนมีมุมมองเชิงลบต่อผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะอาละวาดและทำร้ายร่างกาย ไม่ค่อยมีสติ พุดจาไม่รู้เรื่อง

รู้สึกรังเกียจเพราะผู้ป่วยแต่งกายสกปรก ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย/ญาติ ทำให้ผู้ป่วย/ญาติ มีความรู้สึกไม่ดี เบื่อ ท้อแท้ รู้สึกอายน่าไม่กล้าบอกหรือเผชิญหน้ากับใคร คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่เหมือนบุคคลทั่วไป รู้สึกลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น กลัวถูกคนอื่นนินทา และสุดท้ายก็ต้องฝืนยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม พบว่าในเขตเทศบาลตำบลน่าจะมีกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงประมาณร้อยละ 20-30 เขตเทศบาลเมืองน่าจะมีประมาณร้อยละ 40-50 และเขต อบต. น่าจะมีประมาณร้อยละ 2-3 กลุ่มเสี่ยงมีทั้งเด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งผู้บริหารระดับสสจ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แกนนำชุมชนและ อสม. ต่างมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ จิตเวชจากสารเสพติดและสุรา โรคซึมเศร้า โรคจิตและวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของปัญหานั้นมีหลากหลาย เช่น เกิดจากปัญหาครอบครัว เช่น เรื่องชู้สาว (พบปัญหานี้ในเขตพื้นที่เขตอุตสาหกรรม) ปัญหาการหย่าร้าง ครอบครัวขาดความอบอุ่น ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน ตกงาน ภาวะหนี้สิน ปัญหาภัยธรรมชาติ เช่น วิกฤติน้ำท่วม ไฟไหม้ในไร่อ้อย และปัญหาการแข่งขันทางการศึกษาสูงของเด็กวัยเรียน เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา และต้องหาทางออกเพื่อผ่อนคลายความเครียดดังกล่าว เช่น การมีผู้รับฟัง การออกกำลังกาย การตั้งครมไม่พึงประสงค์ และติดยาเสพติด เป็นต้น สำหรับในกลุ่มวัยทำงานจะหาทางผ่อนคลายความเครียดโดยการดื่มสุรา ซึ่งความเครียดต่างๆเหล่านี้อาจจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคจิตเวชจากสารเสพติดและสุรา หรือการฆ่าตัวตาย เป็นต้น สำหรับในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ถูกหลอกลวงขาดความเอาใจใส่ หรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ก็อาจจะทำให้เกิดความเครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ในพื้นที่ยังมีเรื่องของความไม่ปลอดภัยในชุมชน เนื่องจากมีคนต่างถิ่นเข้ามาอาศัยอยู่จำนวนมาก เช่น กลุ่มแรงงานพม่า ทำให้คนในชุมชนเกิดความหวาดระแวงและวิตกกังวล

3. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ระดับจังหวัดจะมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานและมีงานส่งเสริมสุขภาพทำหน้าที่เป็นเลขานุการ โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสุขภาพจิต และงานด้านสารเสพติด โดยการประสานงานในระดับพื้นที่นั้นจะประสานผ่านผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนโดยตรง

ในปีพ.ศ. 2551 ทางจังหวัด มีนโยบายพัฒนาสถานบริการด้านจิตเวชจำนวน 12 แห่งให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีการให้บริการด้านสุขภาพจิตใน รพช. ทุกแห่ง โดยจะเปิดให้บริการเป็นคลินิกพิเศษ และแบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามระดับศักยภาพการให้บริการ โดยงานสุขภาพจิตในจังหวัดนั้นจะแบ่งออกเป็น 8 กลุ่มงานย่อย นั่นคือ 1) งานฆ่าตัวตาย 2) งานโรคซึมเศร้า 3) งานให้บริการผู้ป่วยจิตเวช 4) ศูนย์พึ่งได้ 5) งาน EQ 6) งานออทิสติก 7) งานจิตเวชชุมชน และ 8) งานสุขภาพจิตภัยพิบัติ สำหรับนโยบายในการดำเนินงาน ได้แก่

1. เสริมสร้างศักยภาพประชาชนให้สุขภาพจิตดี
2. เสริมสร้างให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
3. เสริมสร้างให้ประชาชนมีโอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

4. พัฒนาเครือข่ายในระบบบริการ
5. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกระบบ
6. พัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีคุณภาพมาตรฐานการบริการ
7. รณรงค์ สื่อสารและส่งผ่านความรู้สู่ประชาชน
8. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างการจัดบริการด้านสุขภาพจิตของ CUP ตาคลี จะเริ่มต้นจากชุมชน โดยในชุมชนจะมีเครือข่ายที่ผ่านการอบรม ได้แก่ อสม. กลุ่มแกนนำสุขภาพจิต อบต.หรือญาติผู้ป่วยช่วยทำหน้าที่คัดกรอง ค้นหา ส่งต่อ และติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยจะทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เมื่อพบว่าผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกับตำรวจในพื้นที่ด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาดโวยวาย หากต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือในกรณีฉุกเฉิน จะมีการให้บริการสายด่วน 1669 ซึ่งสามารถเรียกใช้บริการได้ตลอดเวลา

ส่วน รพ.สต. จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาล/พยาบาลเวชปฏิบัติและนักวิชาการสาธารณสุขคอยให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่จะทำการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นและทำการรักษาในรายที่ไม่รุนแรง มีหน้าที่ประสานงานกับทาง รพ.ตาคลี เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับ จะต้องดูแลติดตามและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยจะประสานกับ อสม. ในพื้นที่ในการเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

สำหรับ รพ.ตาคลี จะเป็นศูนย์กลางในการรับนโยบายการดำเนินงานจาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ และ รพ.จิตเวชที่เกี่ยวข้อง โดยการให้บริการในโรงพยาบาล จะมีคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เปิดให้บริการทุกวัน และเวลาราชการ มีทั้งพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา กรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เคลื่อนที่โดยตรงมายังจิตเวชของ รพ.ตาคลี ได้ทันทีซึ่งจะเปิดให้บริการเฉพาะในวันเวลาราชการเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีโปรแกรม Skype เพื่อใช้ในการปรึกษา case กับจิตเวช ER ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและพบว่าจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็จะทำการประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กก็จะประสานไปยังโรงพยาบาลสิแควเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป

4. แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

ในการดำเนินงานให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่จะมีการให้บริการทั้งด้านการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษา การฟื้นฟู และการส่งเสริมป้องกัน จากการสนทนา สรุปได้ดังนี้

4.1 การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

ชุมชนจะมีเครือข่ายที่ผ่านการอบรม ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพจิต ซึ่งจะคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน โดยจะใช้แบบคัดกรอง 2Q ซึ่งเมื่อพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายจิตเวชก็จะประสานกับญาติและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือหากเป็นรายที่มีอาการอาละวาดโวยวาย คลุ้มคลั่ง ก็ จะทำการประสานไปยัง 1669 ตำรวจ เพื่อไล่เกลี้ยและส่งต่อเพื่อรักษาที่ รพ. ต่อไป

4.2 การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา

หลังจากได้กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองจากเครือข่ายแกนนำ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะทำการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น หากเป็นผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด รพ.สต.จะให้ยาเกี่ยวกับจิตเวช ได้แก่ D2 D5 Amitrip และ Lorazeepam บางรพ.สต.อาจมียาเพียง 1-2 ตัว นอกจากนี้มีการให้บริการเกี่ยวกับการให้

คำปรึกษา และมีการรับยาจากโรงพยาบาลตาคลีมาจ่ายแทนแก่ผู้ป่วยที่รพ.สต. หรือนำไปให้ผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ส่วนแผนกจิตเวชของ รพ.ตาคลี จะมีการให้บริการ Mobile clinic ในชุมชนทุก 2 เดือน

ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรืออาละวาด จะประสานไปยัง 1669 เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปบำบัดรักษาที่ รพ.ตาคลี โดยจะให้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช หากจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.จิตเวชนครสวรรค์ทันทีโดยไม่ต้องผ่านระบบของ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นจิตเวชในเด็กจะถูกส่งต่อไปรักษาที่ รพ.สี่แคว เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วจะถูกส่งตัวกลับไป รพ.สต. เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและถูกส่งกลับเข้ามาสู่ชุมชน คนในชุมชนจะให้การยอมรับและให้การดูแลช่วยเหลือรวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือผู้ดูแล ชุมชนจะมีการเอื้อเฟื้ออาหารและที่พักอาศัย ซึ่งผู้ใหญ่บ้านก็จะให้การสนับสนุนในเรื่องของงบประมาณเพื่อสร้างที่พักอาศัยให้กับผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนี้เจ้าหน้าที่รพ.สต. จะออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับ อสม. โดยติดตามเรื่องการเงินการกินยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าการเยี่ยมบ้านในบางครั้งนั้นยังไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ป่วยต้องการปกป้องญาติในเรื่องความเจ็บป่วยของตน

ในชุมชนมีการจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วย เช่น มีการจัดชมรมผู้สูงอายุ ชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน ชมรมกลุ่มแม่บ้านฝึกอาชีพ ชมรมกลุ่มจักสาน ชมรมทำน้ายาล้างจาน เป็นต้น มีการให้พระออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยผู้พิการเพื่อเทศนาธรรม มีโครงการธรรมะบำบัดทุกวันอาทิตย์ พัฒนาสังคมมีการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณเพื่อฟื้นฟูแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการไม่มีญาติดูแล ผู้ประสบภัยต่างๆ เป็นต้น

4.4 การส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต

จัดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนใน CUP ตาคลี เช่น การจัดทำโครงการพัฒนา EQ ในกลุ่มเด็กอายุ 3-11 ปี โครงการมุมเพื่อนใจวัยโจ๋ การจัดตั้งกลุ่มแกนนำวัยรุ่น การจัดชมรมออกกำลังกาย โครงการพัฒนาผู้สูงอายุสู่ IT โครงการครอบครัวแข็งแรง โครงการแกนนำสุขภาพใจในชุมชน มีการจัดวิทยุชุมชน เสียงตามสายของ อบต. การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (พระ เจ้าหน้าที่แกนนำและอสม.) การคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้าและจัดหน่วยเคลื่อนที่ภัยพิบัติ เป็นต้น

บางพื้นที่มี อบต. มีบทบาทในการจัดกิจกรรมต่างๆ ด้วย เช่น อบต.ให้ทุนหมู่บ้านละ 10,000 บาท เพื่อจัดอบรมเยาวชนในเรื่องยาเสพติด ส่วนผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านจะมีการดูแลคนในชุมชน โดยการจัดหมู่บ้านเป็นคุ้มและมีหัวหน้าคุ้มคอยดูแลคุ้มละประมาณ 20 หลังคาเรือน โดยหัวหน้าคุ้มจะได้รับการคัดเลือกจากคนในหมู่บ้าน ซึ่งจะดูแลในเรื่องครอบครัวอบอุ่นและคอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ นอกจากนี้ผู้นำชุมชนได้มีการจัดตั้งกองทุนวันละบาท เพื่อสนับสนุนในการจัดเวรยาม เฝ้าระวังตรวจตราพื้นที่ของตนเองอีกด้วย

5. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตของ CUP ตาคลีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบการจัดบริการจิตเวช ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและการรักษาฟื้นฟู มีการเปิดบริการเป็นคลินิกจิตเวชโดยเฉพาะ

ซึ่งความสำเร็จอย่างหนึ่งที่น่าภาคภูมิใจคือการได้เป็นภาคีเครือข่ายดีเด่นระดับประเทศ เป็นที่ศึกษาดูงานสำหรับพื้นที่อื่นๆ

มุมมองของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความเห็นว่า จากการเข้ารับบริการที่ผ่านมาพบว่าบุคลากร รพ.ตากาลี มีความรู้และสามารถแนะนำผู้ป่วยได้ดี รวมถึงในเรื่องของการดูแลรักษาซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อีกทั้งมีการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

6. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ผลจากการสัมภาษณ์และการสนทนา สามารถสรุปปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ ได้ดังนี้

ด้านบุคลากร

1. มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่และในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลตากาลี
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้มแข็ง มีความรู้และทักษะประสบการณ์ และมีการลงพื้นที่เป็นประจำ
3. อสม. มีความรู้และทักษะในการทำงานเบื้องต้น ทำให้สามารถรับผิดชอบงานสุขภาพจิตได้
4. มีแกนนำสุขภาพจิตที่เข้มแข็งในชุมชน

ด้านการบริหารจัดการ

1. ผู้บริหารในทุกระดับเห็นความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจนมากขึ้น
2. มีระบบการทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่จาก รพช. รพ.สต. อสม. และญาติผู้ป่วย และสามารถประสานงานตามระบบได้
3. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการสม่ำเสมอ
4. มีการจัดบริการคลินิกจิตเวชโดยเฉพาะ และมีโครงสร้างระบบบริการจิตเวชครบวงจร
5. ในบางพื้นที่มีการจัดการหน่วยกู้ชีพ และ EMS ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน
6. มีการรายงานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นประจำทุกเดือน
7. มีระบบการส่งยาไปที่ รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาได้สะดวกมากขึ้นและรับยาต่อเนื่อง
8. รพ.ตากาลี เป็นศูนย์กลางในการผลักดันให้เกิดงานสุขภาพจิต

ด้านวัสดุอุปกรณ์

มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ด้านงบประมาณ

ท้องถิ่นบางแห่งมีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล

7. ปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ และการสนทนาดังกล่าว สามารถสรุปปัญหาอุปสรรค ดังนี้

1. พื้นที่ที่ยังไม่พร้อมที่จะผลักดัน พรบ.สุขภาพจิต ให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตาม และภาคีเครือข่ายยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือในการนำ พรบ.สุขภาพจิตมาใช้เท่าที่ควร
2. นโยบายและตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตไม่ชัดเจน ต้องมีการตีความ

3. การกำหนดตัวชี้วัดเรื่องการเยี่ยมติดตามในระดับจังหวัดยังทำได้ไม่ค่อยดีโดยเฉพาะในเรื่องผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

4. การพัฒนาเครือข่ายนอกระบบตามนโยบายของงานสุขภาพจิต เช่น การประสานงานระดับ อบต.หรือเทศบาลในงานด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่ทำยาก ภาคีนอกเครือข่ายสาธารณสุขไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร

5. บุคลากรเฉพาะด้านหรือผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักจิตวิทยา ไม่เพียงพอ

6. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ รวมถึงเทคนิควิธีการในการดูแลผู้ป่วย

7. บุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้น และขาดขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน

8. โรงพยาบาลไม่มีการส่งข้อมูลให้พื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไม่ทราบข้อมูลและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ได้

9. มีเครื่องมือสำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอ บางเครื่องมือมีความยุ่งยากในการใช้งานและมีหลากหลายรูปแบบ

10.การจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และงบประมาณไม่เพียงพอในระดับ รพ.สต.

11.ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นไม่เข้าใจและไม่ให้ความสำคัญกับงานด้านสุขภาพจิต ทำให้ระบบสนับสนุนงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติ

12.มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองบ่อยครั้ง ทำให้นโยบายการดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

13.ปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจและภัยพิบัติต่างๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และจัดการยากขึ้น

14.ในการคัดกรองโรคซึมเศร้ายังไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมักจะไม่ตอบตามความเป็นจริง อสม.บางคนยังไม่สามารถใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้

15.ผู้ป่วยสุขภาพจิตบางคนไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองและไม่ต้องการการบำบัดรักษา เนื่องจากความอายและกลัวคนอื่นไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการรักษาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ทานยาเป็นประจำ ยังดื่มสุราในขณะที่อยู่ในช่วงการบำบัดรักษา เป็นต้น ทำให้เกิดความยากลำบากต่อเจ้าหน้าที่ในการรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้าน

16.ญาติ/ผู้ดูแลบางคนไม่ยอมรับการป่วย และไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน หรือเข้ารับการรักษาจากเจ้าหน้าที่

17.แกนนำเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนยังไม่เข้าใจแนวทางการดูแลรวมทั้งไม่มีศักยภาพเท่าที่ควร

8. ความต้องการสนับสนุนและการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

1. ส่งเสริมความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เครือข่ายจิตอาสา และแกนนำต่างๆ ให้มากขึ้น

2. สนับสนุนให้มีนักจิตวิทยาในพื้นที่

3. การเบิกจ่ายไม่ควรยุ่งยาก มีงบประมาณที่เพียงพอและมีอย่างต่อเนื่อง

4. มีเบี้ยเลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่ในทุกกระดับ (ทั้งเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. หรือกลุ่มแกนนำ) และมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. เช่น งบประมาณสนับสนุนเรื่องค่าเดินทางในการคัดกรองในชุมชน เป็นต้น

5. มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ด้านเทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่จำเป็นอื่นๆ และอบรมการใช้เทคโนโลยี เช่น Skype การ consult ผ่านระบบ Dr. Internet หรือ Tele medicine เป็นต้น

6. มีแบบคัดกรองและคู่มือที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก และบูรณาการเป็น package สำเร็จรูป
7. สนับสนุนชุดเครื่องมืออุปกรณ์เฉพาะสำหรับเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์ในการฉีดยา อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ให้เพียงพอ
8. มีสื่อใช้สำหรับการรณรงค์ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต เช่น สปอร์ตวิทยุ CD เรื่องสั้น แผ่นพับ เครื่องเสียงเคลื่อนที่ เป็นต้น
9. มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตใน รพ.สต. จัดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนบุคลากรนักจิตวิทยาจากโรงพยาบาล
10. มีนโยบายช่วยผลักดันให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
11. มีการศึกษาดูงาน และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกใน CUP อย่างต่อเนื่อง
12. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต
13. อยากให้มีการจัดตั้งสถานที่หรือมุมให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาในพื้นที่ประจำหมู่บ้าน โดยมีบุคลากร เช่น อสม. ที่ผ่านการอบรมมาช่วยให้คำปรึกษาเบื้องต้น และมีสื่อประชาสัมพันธ์มาให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน
14. อยากให้เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยถ้อยคำที่สุภาพ แสดงปฏิกริยาท่าทางที่เหมาะสม คอยดูแลให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย
15. เจ้าหน้าที่ควรมีการรับไว้รักษาหรือมีการส่งต่อเมื่อมีอาการมาก มีการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านและการกินยาอย่างใกล้ชิด
16. อยากให้เจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ไม่ล้อเลียน ไม่พูดจาดูถูก เสียดสี ตำหนิหรือพูดจากระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

ผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม และการลงพื้นที่

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พื้นที่ CUP ชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

1. การรับรู้ ทศนคติและความตระหนักต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความเห็นว่า งานสุขภาพจิตเป็นงานที่มีความสำคัญแต่กลับถูกทอดทิ้งอยู่กับงานอื่น ทำให้มองว่ามีความสำคัญน้อย การดำเนินงานที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ทำงานด้วยใจ ซึ่งไม่มีแรงจูงใจใดๆ แต่หากเพิ่มแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนบางส่วน จะทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเป็นไปด้วยความคล่องตัวมากขึ้น

เมื่อกล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มของเจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่มีอาการป่วยทางกาย มักจะอยู่โดดเดี่ยวไม่มีใครดูแล ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชนได้ บางครั้งมีความเสี่ยงที่อาจจะไปทำร้ายร่างกายผู้อื่น มักจะมีความผิดปกติในเรื่องของการแต่งตัว ลักษณะดูสกปรก ครอบครัวยุติธรรม เป็นภาระในการดูแล ส่วนคนในชุมชนก็พยายามผลักผู้ป่วยออกไปไม่ให้การยอมรับ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่มากขึ้น

กลุ่มแกนนำและ อสม.ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีความคิดเห็นตรงกันถึงลักษณะของผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยมักจะชอบอยู่คนเดียวไม่ค่อยพูดจากับใคร บางครั้งหัวเราะหรือนอนร้องเพลงคนเดียว ชอบเดินไปเดินมาแบบไม่มีจุดหมาย บางรายมีอาการหวาดระแวง ก้าวร้าว เอะอะไว้วาย เป็นต้น

เมื่อกล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และกลุ่ม อสม. ต่างมีความคิดเห็นตรงกัน โดยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกทางบวก เช่น รู้สึกสงสารและเห็นใจทั้งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพราะบางครั้งอาจจะถูกปฏิเสธจากสังคมรอบข้าง ส่วนความรู้สึกเชิงลบ คือ มีความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะมาทำร้ายร่างกายเนื่องจากบางครั้งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการบ้าอาละวาด แต่บางครั้งก็รู้สึกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่น่าอิจฉาเพราะมีอาการหลุดโลกไม่ต้องมารับรู้ความทุกข์ใดๆ

กลุ่มแกนนำ แสดงทัศนะเพิ่มเติมว่าคนในชุมชนอยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยนำสงสาร แต่บางคนไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วย โดยได้กล่าวเพิ่มเติมว่าคนในชุมชนบางคนมองว่าผู้ป่วยแกล้งบ้า รำคาญและกลัวเพราะคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนสติฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ทำให้ญาติเกิดความอับอายที่ต้องดูแลผู้ป่วย

แกนนำยังได้ให้ความเห็นอีกว่า อยากให้คนในชุมชนเข้ามาร่วมให้ความช่วยเหลือ ช่วยกันดูแลใส่ใจกับปัญหาเหล่านี้เพื่อให้ปัญหาลดลง

กลุ่มผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนว่า บางครั้งรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกแยะและรำคาญตนเอง มีความรู้สึกอยากหายเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป ไม่อยากให้คนอื่นมาเรียกว่าเป็นคนบ้า เพราะกระทบความรู้สึกจึงพยายามดูแลตนเอง โดยญาติผู้ดูแลได้กล่าวถึงความคิดความรู้สึกของตนเองว่า รู้สึกสงสารและเป็นห่วงผู้ป่วย บางครั้งก็รู้สึกเสียใจ น้อยใจในโชคชะตาของตนเอง บางครั้งรู้สึกเครียดและกลัวพฤติกรรมของผู้ป่วยเพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ทำให้ต้องระมัดระวังตนเอง

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มพบว่า มีผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าระบบบริการประมาณร้อยละ 5-10 โดยพบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุและมีปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

สภาพปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในอำเภอชุมพวงทุกกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ได้แก่ โรคจิตเวชและการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาความเครียด โรคซึมเศร้า จิตเวชจากสารเสพติดและสุรา เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของปัญหานั้นมีหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัว เช่น ความขัดแย้งหรือไม่เข้าใจกันในครอบครัว การนอกใจคู่สมรสซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากทำให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว การหย่าร้างและทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน ตกงาน ผลผลิตไม่ได้ราคา ภาวะหนี้สิน ปัญหาสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ เช่น วิกฤติน้ำท่วม เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียด กลุ่มเด็กวัยรุ่นมักหาทางออกด้วยการรวมกลุ่มมั่วสุมทำในสิ่งที่ไม่ดี เช่น ทะเลาะวิวาท ใช้ความรุนแรง หนีเรียน ติดเกมส์ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การติดยาเสพติด เป็นต้น สำหรับกลุ่มวัยทำงานจะหาทางผ่อนคลายความเครียดโดยการดื่มสุรา ซึ่งความเครียดต่างๆ เหล่านี้อาจจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคจิตเวชจากสารเสพติดและสุรา หรือการฆ่าตัวตาย เป็นต้น สำหรับในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ถูกหลานขาดความเอาใจใส่ หรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ก็อาจจะทำให้เกิดความเครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน ในกลุ่มผู้ป่วยบางคนอาจมีสาเหตุการป่วยมาจากพันธุกรรม เป็นมาแต่กำเนิด เป็นต้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การขาดยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นซึ่งผู้ป่วยที่มักจะขาดยาเป็นประจำคือผู้ป่วยที่มักจะย้ายที่อยู่บ่อยหรือผู้ที่มีปัญหาเรื่องการคมนาคมทำให้การเข้าถึงลำบาก ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย อาจทำให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

จากปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองครอบครัวและชุมชน โดยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดเป็นภาระต่อครอบครัวทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ทำให้คนในชุมชนเกิดความเครียด รำคาญ หวาดกลัวและหวาดระแวงเกรงว่าผู้ป่วยจิตเวชจะอาละวาดและทำร้ายร่างกาย อีกทั้งยังกลัวในเรื่องความปลอดภัยทางด้านทรัพย์สินเนื่องจากการลักขโมยที่อาจจะเกิดขึ้น

3. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

สำหรับโครงสร้างงานสุขภาพจิตของพื้นที่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจะให้ความสำคัญงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจะต้องทำควบคู่กัน ในแต่ละ CUP และ รพสต. จะมีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชัดเจน พร้อมทั้งเน้นแนวทางการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ เช่น อบต. เกษนนำ โดยใช้งบประมาณในท้องถิ่น และมีพี่เลี้ยงจาก รพ.จิตเวชนครราชสีมา และ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 คอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ จังหวัดนครราชสีมาจะมีจิตแพทย์อยู่ 2 แห่ง คือ รพ.นครบุรี และ รพ.ปากช่อง

ภาพรวมของจังหวัดจะมีตัวชี้วัดกำกับกับกำกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต โดยมีการจัดประชุมการจัดทำตัวชี้วัดในระดับจังหวัด มีการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะงานสัปดาห์สุขภาพจิตจึงทำให้มีผู้เข้ารับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น จัดหมายข่าวรายการวิทยุ ออกรายการ KCTV ซึ่งเป็นรายการโทรทัศน์ท้องถิ่นของจังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

4. แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

4.1 การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

ในชุมชนจะมีเครือข่าย ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน อบพร. อบต. ร่วมกันคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้แบบคัดกรอง 2Q ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คอยเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน โดยการคัดกรองจะเน้นกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เมื่อพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายจิตเวช ก็จะมีการประสานกับญาติและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือหากเป็นรายที่มีอาการอาละวาดโวยวาย คลุ้มคลั่ง ก็จะมีการประสานไปยังสายด่วน 1669 เพื่อนำตัวส่งตำรวจ

4.2 การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา

เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการประสานจากทางชุมชนแล้ว ก็จะมีการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือคัดกรอง 8Q 9Q และมีการโทรปรึกษากับจิตแพทย์ ซึ่งแต่ละ รพ.สต. จะมีเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของจิตแพทย์และเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาล โดยใน รพ.สต. จะมียาจิตเวช ได้แก่ D2 และ D5 หากจำเป็นต้องส่งต่อและเป็นกรณีฉุกเฉินก็จะประสานขอความร่วมมือจากสายด่วน 1669 หรือรถ EMS ในการนำส่งผู้ป่วยไปยัง รพ.ชุมพวง หรือหากญาติมีความพร้อมและต้องการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวชก็สามารถทำได้ กรณีไม่ฉุกเฉินก็จะส่งไปยังคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล (ทุกวันศุกร์) ซึ่งทั้งสองกรณีจะใช้ระบบใบ Refer ทุกครั้ง

เมื่อ รพช. รับตัวผู้ป่วยจาก รพ.สต. แพทย์จะดูอาการ พิจารณาและประเมิน หากเกินกำลังการรักษาหรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตายก็จะส่งต่อไปยังรพ.จิตเวช ในขั้นตอนนี้จะมีการติดต่อประสานกันระหว่าง รพช. กับ รพ.จิตเวช ซึ่งสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง การส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉินมีรถบริการของโรงพยาบาล หรือหากไม่ฉุกเฉินถ้าญาติร้องขอสามารถใช้บริการได้ แต่มีบางกรณี รพช. จะส่งตัวผู้ป่วยไปยัง รพ.มหาราช เพื่อให้รักษาอาการทางกายก่อนหากหายดีแล้วจะส่งตัวผู้ป่วยไปยัง รพ.จิตเวช ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีญาติแพทย์จะพิจารณาว่าจะส่งไปยังหน่วยบริการใด และตอนนี้ได้จัดตั้งคณะกรรมการส่งต่อซึ่งกำลังพัฒนาระบบการส่งต่อให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ รพ.ชุมพวง จะให้ยาไว้ที่รพ.สต. ทุก 3 เดือนเพื่อให้ความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการเข้าไปรับยา

4.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและถูกส่งกลับเข้ามาสู่ชุมชน คนในชุมชนจะให้การยอมรับและให้การดูแลช่วยเหลือรวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย มีการช่วยเหลือเรื่องเบี้ยยังชีพ มีงบดูแลฉุกเฉินให้กู้ยืม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จาก รพ.ชุมพวง จาก รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน จะร่วมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยจะเยี่ยมทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุและผู้พิการ ปีละครั้งต่อรายที่มีอาการคงที่ หากอาการยังไม่คงที่จะพิจารณาการเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณีตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัดจะประสานกับ อสม. ให้ช่วยในการติดตาม ซึ่งโรงพยาบาลไม่สามารถที่จะติดตามเองได้ ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีแฟ้มประวัติผู้ป่วยลงไปด้วยและจะมีใบเยี่ยมบ้าน (IFFE, EPS) จากโรงพยาบาลชุมพวงและโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อบันทึกข้อมูลการติดตามรักษา โดยการเยี่ยมบ้านจะไม่มีคู่มือในการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน หากเป็นผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะ ซึ่งในการเยี่ยมบ้านนอกจากจะมีการให้คำแนะนำในการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติแล้ว จะมีการให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ รพ.สต. จะช่วยจ่ายยาและฉีดยาแก่ผู้ป่วยแทน รพ.ชุมพวง ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องรับยาจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4.4 การส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต

ชุมชนยังไม่ค่อยมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ แต่ส่วนใหญ่จะสอดแทรกไปในงานส่งเสริมด้านอื่นๆ เช่น โรคเรื้อรัง การป้องกันปัญหายาเสพติด เป็นต้น กิจกรรมส่งเสริมป้องกันที่จัดขึ้นได้แก่ การส่งเสริมอาชีพแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย อบต. เป็นผู้เสนอโครงการ นอกจากนี้ยังมีแผนจะทำโครงการด้านยาเสพติด (ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน วิทยาลัยลูกผู้ชาย) การจัดอบรมแกนนำนักเรียนชั้นมัธยมปลาย การจับคู่หนึ่งรพ.สต.หนึ่งโรงเรียนดูแลเด็กชั้นมัธยมต้นเพื่อป้องกันการท้องก่อนวัยอันควร เป็นต้น

5. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ในการจัดบริการด้านสุขภาพจิตของ CUP ชุมชนที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตมีความภูมิใจในการทำงาน และมีเครือข่ายที่มีความรับผิดชอบในหน้าที่อย่างชัดเจน จะมีการจัดอบรมสัมมนาเครือข่ายเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการชี้แจงการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยมี CUP นอกสังกัดอีก 5 แห่ง คือ รพ.กองบิน รพ.ค่าย และ รพ.เอกชน ที่เข้าร่วมในการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบันทึกข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูลของรพ.พระศรีมหาโพธิ์

เมื่อผู้ป่วยกลับเข้ามาในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับและช่วยกันดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ สามารถประกอบอาชีพได้ ญาติผู้ป่วยให้ความเห็นว่า ความพร้อมของ รพ.สต. ทำให้ผู้ใช้บริการมั่นใจว่าสามารถจะดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นได้และ รพ.สต. บางแห่งสามารถย้ายยาให้ผู้ป่วยได้ อีกทั้ง อสม. ก็สามารถช่วยคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในชุมชนได้

6. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ผลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ทั้งในกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและรพ.สต. รวมถึง อสม.ในชุมชน สามารถสรุปปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ได้ดังนี้

ด้านบุคลากร

1. มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำในแต่ละแห่งอย่างชัดเจน และไม่มีการสับเปลี่ยน โยกย้ายบ่อย ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
2. มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่และในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล
3. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต เห็นความสำคัญและรักงานที่ได้รับมอบหมาย และมีความภาคภูมิใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น
4. บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำงานและปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนด
5. อสม.มีความรู้และทักษะ เพราะผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบคัดกรอง 2Q ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี

ด้านการบริหารจัดการ

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญและเอื้อประโยชน์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
2. ผู้บริหารในระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุน
3. มีระบบการทำงานเป็นทีม ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. แกนนำชุมชนและญาติผู้ป่วย

4. มีการประสานงานที่ดีระหว่างระดับของหน่วยบริการ
5. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ
6. มีเครือข่าย CUP จากนอกสังกัดและเอกชน เข้าร่วมในการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน
7. มีการใช้โปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีค่าตอบแทนในการค้นหาผู้ป่วย
8. มีระบบการจ่ายยา – รับยาที่ รพ.สต.
9. มีจิตอาสาจากชุมชนเข้าร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
10. เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานโครงการต่างๆ
11. ญาติ ผู้ป่วย ชาวบ้านค่อนข้างไว้วางใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่รพ.สต. เนื่องจากมีการแจ้งข้อมูลและให้รายละเอียดอยู่เสมอ

ด้านวัสดุอุปกรณ์

1. มีการบริหารเวชภัณฑ์ยาไม่ขาด
2. มีแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้าน (EPS)

ด้านงบประมาณ

1. มีกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
2. มีการสนับสนุนอาหารกลางวันแก่ผู้ป่วย

7. ปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ผลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ทั้งในกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและรพ.สต. รวมถึง อสม.ในชุมชน สามารถสรุปปัญหาอุปสรรคได้ดังนี้

1. ขาดแคลนบุคลากร เนื่องจากใน รพ.สต. มีผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเพียงคนเดียว อีกทั้งมีภาระงานอื่นๆ ร่วมด้วย นอกจากนี้ รพ.ยังขาดแคลนจิตแพทย์
2. บุคลากรขาดทักษะการทำงานด้านสุขภาพจิตที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งยังขาดทัศนคติที่ดีในการทำงาน
3. บุคลากรขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน
4. ผู้ให้บริการเน้นให้บริการปัญหาทางกายมากกว่าโรคทางด้านสุขภาพจิต
5. ขาดระบบการสื่อสารหรือการเชื่อมประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และชุมชน
6. ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระดับหน่วยบริการยังมีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่มีประวัติการรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับมาที่รพ.สต.
7. งานสุขภาพจิตไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับกระทรวง ทำให้โอกาสในการทำงานด้านสุขภาพจิตน้อยลงและบางครั้งมีนโยบายที่เร่งด่วน ทำให้ต้องละเลยงานด้านสุขภาพจิตไป
8. นโยบายและทิศทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไม่มีความชัดเจน
9. ขาดช่องทางในการปรึกษาด้านสุขภาพจิต
10. ขาดความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งที่ผ่านมา รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน
11. การให้บริการของสายด่วน 1669 มีความล่าช้า บางครั้งผู้ให้บริการไม่อยู่หรือรถบริการชำรุด นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการจ่ายค่าตอบแทน 1669 ทำให้ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไปก่อน หากไม่สามารถสำรองจ่ายได้ก็จะหยุดให้บริการ

12. รถบริการในการส่งต่อผู้ป่วยมีไม่เพียงพอและบางครั้งการเดินทางของผู้ป่วยมีความยากลำบาก ทำให้การเข้าถึงการรักษายากขึ้น

13. สื่อประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตยังมีน้อย ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายเสียง วิทยุชุมชน โบรชัวร์ เป็นต้น

14. ขาดคู่มือหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เอกสารแผ่นพับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

15. มีความเข้าใจผิดของผู้ป่วยและชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา จึงหยุดใช้ยาและไม่ไปพบแพทย์อีก ผู้ป่วยและชุมชนเข้าใจว่าการไม่ใช้ยาทำให้ผู้ป่วยเป็นปกติมากกว่าการใช้ยาหรือบางคนคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดใช้ยา

16. ผู้ป่วยสุขภาพจิตบางคนไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองและไม่ต้องการการบำบัดรักษา เนื่องจากความอายและกลัวถูกตีตราจากสังคม ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการรักษา

17. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ไม่ยอมรับการติดตามเยี่ยมบ้านและรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่ อีกทั้งยังไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีภาระเรื่องอาชีพทำให้ไม่ได้รับความตระหนักเท่าที่ควร

18. ชุมชนบางกลุ่มยังขาดความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมลำบาก

19. ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้มีความเชื่อว่าโรคจิตเวชเกิดจากการเข้าทรง จึงต้องรักษาด้วยหมอน้ำมันต์ เป็นต้น

20. ขาดการสนับสนุนค่าตอบแทน ทำให้ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน เช่น การเยี่ยมบ้าน

21. การจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานและขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน

8. ความต้องการสนับสนุนและการจัดบริการด้านสุขภาพจิต

กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต.

1. เพิ่มบุคลากร ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้มากขึ้น
2. จัดอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.
3. อยากให้มีการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายภายนอก
4. มีการเพิ่มขวัญกำลังใจ ค่าตอบแทนในการคัดกรอง ค้นหา ติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้ป่วย
5. มีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร
6. มีการสนับสนุนคู่มือหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยบูรณาการเป็น package
7. มีการสนับสนุนนวัตกรรม เช่น นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซ้ำซ้อน
8. มีแบบคัดกรองและคู่มือที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก และสามารถแปลผลได้เอง
9. มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน (คู่มือเล่มเล็ก)
10. มีการสนับสนุนคู่มือในการใช้ยาสำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งสามารถอ่านเข้าใจง่าย
11. มีการพัฒนาระบบเชื่อมข้อมูลให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันทันเวลา และมีการให้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชทั้งในด้านจำนวน ขนาด ความรุนแรง การกระจายตัวในแง่บุคคล สถานที่และเวลาในแต่ละพื้นที่
12. มีการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาสายตรง
13. มีการชี้แจงนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานให้มีความชัดเจนจนถึงระดับผู้ปฏิบัติ

- 14.การทำงานควรเป็นไปตามนโยบายที่กำหนดพร้อมกันทุกพื้นที่
- 15.ควรมีการชี้แจงโครงการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
- 16.มีการพูดคุยเชิงนโยบายร่วมกันกับกระทรวงศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานด้านจิตเวช
- 17.อยากให้มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น
- 18.อยากให้มีการบูรณาการงานร่วมกันให้มากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ชุมชนรวมทั้งภาคีเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ อบต. แกนนำชุมชน อปพร. 1669

กลุ่มแกนนำชุมชน

1. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. อยากให้เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต./โรงพยาบาลเข้าไปดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
3. พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้นำชุมชนให้เพิ่มขึ้นและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
4. อยากให้มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้พื้นที่

กลุ่มอส.

1. ผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จึงอยากให้แพทย์ให้คำแนะนำหากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถมารักษาต่อเนื่องได้ที่โรงพยาบาลชุมชน
2. ควรเพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
3. มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง
4. ชุมชนควรมีระบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล

1. อยากให้ชุมชนมองผู้ป่วยเหมือนเป็นคนทั่วไป มีคุณค่า และให้การยอมรับ
2. อยากให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ข้อมูล ความรู้ คำอธิบายเรื่องการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษา และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
3. อยากให้โรงพยาบาลชุมชนมีการให้บริการที่รวดเร็ว ผู้ให้บริการมีความสุภาพ เข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยและญาติ

สรุปผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พื้นที่ CUP ดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (นพ.สสจ.) กล่าวว่าที่ผ่านมาได้มีการทำตามนโยบายซึ่งส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเกือบทั้งหมด ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของพื้นที่ คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งมีหลายโครงการหรือหลายกิจกรรมแก้ปัญหาเรื่องนี้ แต่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะปัญหาการฆ่าตัวตายหรือปัญหาสุขภาพจิตมีเหตุปัจจัยเกี่ยวพันหลายส่วน การแก้ไขปัญหาต้องดำเนินการเป็นระบบและเป็นนโยบายระดับประเทศ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าผู้บริหารและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความชัดเจนและไม่ให้ความสำคัญทางด้านสุขภาพจิตมากนัก อีกทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันของผู้บริหารมองภาพกว้างเกินไป นำนโยบายสู่การปฏิบัติได้ดีเท่าที่ควร นพ.สสจ. กล่าวว่าหากต้องการให้พื้นที่ให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตก็ต้องให้ความสำคัญก่อน และกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดที่ดี นำไปปฏิบัติได้ และต้องมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอ ซึ่งทางจังหวัดจะเลือกงานที่มีงบประมาณในการดำเนินงานก่อน โดยถือว่าเรื่องงบประมาณก็เป็นเรื่องที่สำคัญ

ผู้ให้บริการ (รพ.สต.) ที่ร่วมสนทนากลุ่มต่างแสดงความคิดเห็นต่อผู้ป่วยจิตเวช ที่หลากหลาย โดยเมื่อพูดหรือกล่าวถึงผู้ป่วยจิตเวช จะนึกถึงบุคคลที่มีปัญหาที่ซ่อนในตัว มีอาการเหม่อลอย ไม่ค่อยพูด โมโหง่าย มั่วสุม เสพยา ต้มสุรา คนที่มีลักษณะตัวแข็งทื่อ พูดมาก ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ควบคุมตัวเองไม่ได้ หากให้นิยามง่ายๆ ก็คือ “คนที่ขาด” กับ “คนที่เกิน” โดยกลุ่มคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ รักษา ต้องการมีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติ ต้องการความเห็นใจ ต้องการกำลังใจ ต้องการการดูแลจากครอบครัว ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นคนน่าสงสาร จิตแพทย์ที่อยู่ประจำกลุ่ม สรุปว่า คนทั่วไปมองผู้ป่วยจิตเวชว่าไม่มีความสามารถ แต่ความจริงแล้วผู้ป่วยเหล่านี้มีความสามารถ เพียงแต่สังคมต้องช่วยเหลือดึงพวกเขาออกมาจากการเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด ด้านกลุ่มแกนนำมีความคิดเห็นที่คล้ายกับเจ้าหน้าที่ แต่คิดว่าคนกลุ่มนี้น่าจะมีการจัดสถานที่ให้อยู่อย่างเหมาะสม ถูกสุขลักษณะ และไม่ควรทอดทิ้ง ส่วนด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีทั้งสงสาร อยากช่วยเหลือ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อาละวาด ก็ไม่กล้าเข้าไปใกล้ และจะรู้สึกโกรธหากผู้ป่วยไปทำร้ายผู้อื่น

กลุ่ม อสม. คิดว่าลักษณะของผู้มีปัญหาทางจิตในความคิด คือ คนที่แต่งกายรุงรัง ไร้ผมยาว เดินไปเดินมา หงุดหงิดโดยไม่พูดจากับใคร พูดคุยไม่รู้เรื่อง เร่ร่อน คู้ยถึงขยะ ถูกทอดทิ้งจากญาติ คลุ้มคลั่ง บางคนเก็บตัวหวาดกลัว ระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย พยายามทำร้ายตนเอง มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน และมองว่าคนชุมชนมีความรู้สึกต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่หลากหลาย คือ สงสาร แต่ขาดความเข้าใจต่อผู้ป่วย บางคนก็รังเกียจคิดว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้น่ารำคาญ นอกจากนี้บางครั้งกลุ่มผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล ไม่ยอมรับตนเองคิดว่าตนเองไม่ได้บ้า จึงไม่ยอมให้ อสม. มาเยี่ยมบ้าน ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะยังกลัวว่าคนอื่นจะรู้ ส่วนหนึ่งจึงไม่กล้าเปิดตัวเอง มีบางกรณีที่ญาติ/ผู้ดูแลบางคนไม่ยอมให้เข้าเยี่ยมบ้านเพราะกลัวว่าผู้ป่วยในบ้านจะอาละวาดหรือทำร้ายร่างกาย ดังนั้นคิดว่าอสม. ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ต้องไปเยี่ยมบ้านด้วยใจและไม่ต้องไปเพื่อพูดถึงเรื่องหรือปัญหาที่เขาเป็นอยู่ แต่ไปเพื่อสร้างความสุข ความสัมพันธ์ให้เขาเกิดความไว้วางใจมากที่สุด และหากมีสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตและได้คำปรึกษาจาก อสม. คนกลุ่มนี้จะค่อนข้างเข้าใจเป็นอย่างดี และมีการปรึกษาหารือโดยตลอด

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เห็นว่าคนในชุมชนบางคนมองผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนที่น่ากลัว รู้สึกมีอคติ มองว่า “บ้า” ไม่เหมือนคนอื่น ซึ่งเป็นการตอกย้ำให้เกิดความรู้สึกที่แย่ลงกว่าเดิม เพราะการมีญาติหรือการที่ตนเองเป็น ก็รู้สึกตกใจ เสียใจ รู้สึกแย่ อาย กลัวว่าคนอื่นจะรู้ว่ามีคนในบ้านเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช กังวล เป็นห่วง กลัวสับสนว่าจะทำอย่างไร ไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครนอกจากคนในบ้าน แต่ก็เข้าใจว่าคนในชุมชนคงกลัวจะถูกทำร้าย

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

จากรายงานของ สสจ. สุราษฎร์ธานี สรุปปัญหาโรคจิตและจิตเวชในพื้นที่ คือ ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ความผิดปกติทางเพศ วิตกกังวล โรคจิต การใช้สารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง โดยอดีตกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายคือกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มพบในวัยรุ่นและวัยทำงานเริ่มมีปัญหาด้านนี้มากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นอายุ 14-15 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายแล้วซึ่งสาเหตุมาจากอหังการจากความรัก ใน CUP อำเภอดอนสัก โรคจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิต ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย จิตเวชจากการใช้สารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการเด็ก ความเครียด ในส่วนภาคประชาชนเห็นว่าโรคจิตและจิตเวชในพื้นที่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดซึ่ง มีทั้งยาบ้า ยาไอซ์/น้ำแข็ง กระเทียม นอกจากนี้ก็มี โรคจิต โรคซึมเศร้า จิตเวชจากการใช้สุรา ความผิดปกติทางพัฒนาการเด็ก และโรคลมชัก ซึ่งมีจำนวนเล็กน้อย

จากการคาดการณ์ประมาณผู้ป่วยในพื้นที่ คาดว่ามีกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ประมาณร้อยละ 30 สำหรับสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาวัยรุ่น เช่น ติดเกมส์ ติดสารเสพติด ลักขโมย คบเพื่อนไม่ดี ปัญหาทางเพศทั้งวัยรุ่นหญิงและชาย
2. ปัญหาครอบครัว เช่น ครอบครัวแยกแตก ขาดความอบอุ่น เป็นต้น
3. ปัญหายาเสพติด
4. ปัญหาการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. ปัญหาเรื่องการพนัน
6. ปัญหาความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง
7. เกิดจากโรคทางสมอง มีหลายสาเหตุ เกิดจากความเครียด อุบัติเหตุจากการตั้งครุภ
8. ปัญหาเศรษฐกิจ บางคนมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย
9. ปัญหาการลักขโมย

3. โครงสร้างและระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กล่าวว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีแผนปฏิบัติการทุก 5 ปี ไม่มีการเปลี่ยนตัวชีวิตแต่จะเป็นการปรับตามนโยบาย ซึ่งในแผนฯ 5 ปีนี้มีเรื่องของสุขภาพจิตด้วย โดยเน้นปัญหาการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า จะมีการคัดกรองและทำการรักษา ซึ่งถ้าเจอว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชก็จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดมีการทำยุทธศาสตร์และกำหนดตัวชีวิตที่ชัดเจน นอกจากนั้นได้วางโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โดยเป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

การให้บริการของหน่วยสถานพยาบาล จะมีทั้งการคัดกรอง การรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมป้องกัน นอกจากนี้มีระบบส่งต่อไปยังหน่วยบริการต่างๆ ทางด้านงานสุขภาพจิต รพ.สต. จะมีการทำงานประสานกับหน่วยงานต่างๆ แต่ระดับดังนี้

1. ระดับชุมชน จะมี เจ้าหน้าที่ อสม. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรับการรักษาหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน จะมีการประสานงานกับชุมชน เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ตำรวจประจำป้อมยามในชุมชน หน่วยรถกู้ชีพ 1669 เพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือในการนำส่งโรงพยาบาลชุมชน

2. โรงพยาบาลดอนสัก ทาง รพ.สต.จะมีการโทรปรึกษากับพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยได้ ซึ่งในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่จะมีการปรึกษากันผ่านระบบ Skype ซึ่งทุก รพ.สต.มีระบบนี้พร้อมแล้ว แต่ รพช. ยังไม่มีความพร้อม นอกจากนี้การเชื่อมต่อกันระหว่าง รพ.สต.กับ รพช. โดยมีโปรแกรมเชื่อมข้อมูลระหว่างกัน ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยได้ และหากมีการส่งตัวผู้ป่วยจาก รพ.สต. ไป รพช.ก็จะมีใบ Refer ทุกครั้ง

3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จะเป็นการประสานงานระหว่าง รพช. กับ รพจ. โดยแพทย์เจ้าของไข้จาก รพช. จะมีการโทรติดต่อกันโดยตรงกับแพทย์ รพจ. หากมีการส่งต่อผู้ป่วยก็จะขึ้นอยู่กับแพทย์ว่าจะส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลไหน แต่หากเป็นคนที่ต้องใช้พักรักษาตัวต้องส่งไปที่ ร.พ.สวนสราญรมย์ เนื่องจาก รพจ. ไม่มีเตียงสำหรับคนไข้จิตเวช นอกจากนี้ รพจ.อาจมีการลงเยี่ยมผู้ป่วยที่ส่งกลับมาชุมชนแล้วร่วมกับ รพ.สต. แต่ก็น้อย

4. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จะเป็นการรับผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจาก รพจ. และ รพช. เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

4. ความต้องการบริการ

กลุ่มแกนนำ อยากให้เจ้าหน้าที่ รพ. รพช. ส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชน อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีแหล่งช่วยเหลือหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช นำผู้ป่วยต้นแบบที่รักษาหายแล้วมาเล่าประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง ผู้ป่วยหรือญาติสามารถรับยาจิตเวชได้ที่ รพ.สต. อยากให้ รพช.มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เปลี่ยนระบบการเรียกชื่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ในสถานบริการจะเรียกชื่อหรือโรคของผู้ป่วยจิตเวชในที่สาธารณะที่มีผู้รับบริการอื่นๆ อยู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายและไม่อยากมารับบริการอีก

กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อยากให้คนในชุมชนเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เช่น พาผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล ช่วยดูแลเวลาติดภารกิจอื่น ส่วน รพ.สต. ควรมีการดูแลแนะนำเบื้องต้น เช่น การกินยาต่อเนื่อง ส่งต่อ เยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. การดำเนินงานของระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การดำเนินงานในระดับผู้ให้บริการ (รพ.สต.) จะมีการทำงานร่วมกับคนหลากหลายกลุ่มทั้ง อสม. แกนนำในชุมชน โดยแบ่งออกเป็นการดำเนินงานแต่ละด้านดังนี้

5.1 การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยจิตเวช

ทำการคัดกรองด้วยเจ้าหน้าที่ อสม. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยแบบคัดกรอง 2Q และหากพบกลุ่มที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

5.2 การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา

หากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรับการรักษาหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน จะมีการประสานงานกับชุมชน เช่น อบต. ผู้นำชุมชน ตำรวจประจำป้อมยามในชุมชน หน่วยรถกู้ชีพ 1669 เพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือในการนำส่ง

โรงพยาบาลชุมชนต่อไป รพ.สต. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จะไม่มีบทบาทด้านการรักษา หากพบผู้ป่วยจิตเวชจะให้คำปรึกษาเบื้องต้น ก่อนส่งต่อที่ รพช. ซึ่ง รพ.สต.ทุกแห่งจะไม่มียาจิตเวชอยู่เลย

5.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและถูกส่งกลับมายังชุมชน เจ้าหน้าที่จะเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. แกนนำ โดยมีการแนะนำอาชีพตามที่ถนัด เช่น เลี้ยงหมู ปลูกผัก นอกจากนั้นบางพื้นที่ยังมีการอบรมทรัพย์และให้เงินปันผล อสม. แกนนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ไม่มีเวลาว่างและไม่เครียด อบต. ช่วยลงทะเบียนผู้พิการทางจิต เพื่อให้ได้เงิน 500 บาท

5.4 การป้องกันและส่งเสริมด้านสุขภาพจิต

จะจัดโครงการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ จัดโครงการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพในวัดและโรงเรียน การอบรมฤดูร้อน ค่ายวิถีพุทธ คลับการ์ตูน เป็นต้น นอกจากนี้แล้วในบางพื้นที่ยังมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จะมีการดูแลอย่างใกล้ชิดจาก อสม. และจากชมรมที่จัดตั้งขึ้น มีการจัดทำเป็นหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้นแบบ โดย อสม. 2 คน จะดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 คน อีกทั้งจะมีการติดตามร่วมกับกลุ่มแกนนำ เช่น อบต. ผู้ใหญ่บ้าน

2. ใช้วัดเป็นที่พึ่งทางใจ เช่น เมื่อเห็นผู้ป่วยที่คิดว่าเกิดจากอาการผีเข้าก็จะพาเข้าวัดให้พระรดน้ำมนต์ เป็นต้น

3. มีการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาล โดยจะจัดขึ้นทุกวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน โดยได้รับงบประมาณจากเทศบาลซึ่งเทศบาลจะสนับสนุนงบประมาณในทุกกิจกรรม

4. มีการจัดตั้งกองทุนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

แต่ในมุมมองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลบางคนกลับมองว่า ในพื้นที่ยังไม่มีการคัดกรองค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเท่าที่ควร และยังไม่มีการจัดการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงมากนัก

สำหรับพื้นที่ อ.ดอนสัก ถือได้ว่ามีกลุ่มหรือเครือข่ายที่เข้มแข็งไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม อสม. และ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาหรือดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ซึ่งสรุปบทบาทของแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

บทบาทของเจ้าหน้าที่ อสม.

1. คัดกรองเบาหวาน ความดัน และการดูแลเรื่องไข้เลือดออก
2. การเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วย
3. ติดต่อประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา
4. ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ปีละ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมิถุนายนและกันยายน แต่พบว่าผู้ตอบแบบคัดกรองยังไม่ตอบความจริง ทำให้ไม่พบผู้มีปัญหาหนัก ปัจจุบันยังไม่มีคำตอบแทนสำหรับการคัดกรองดังกล่าว

บทบาทชมรมผู้สูงอายุ

1. ออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการลงพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาล
2. จัดกิจกรรมชักชวนให้ผู้สูงอายุเข้าวัด นั่งสมาธิ สวดมนต์ ทุกวันพระ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประมาณ 40-50 คน
3. ประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
4. จัดกิจกรรมในช่วงเทศกาลสำคัญ

5. จัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุไปที่สถานศึกษาในพื้นที่
6. จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

6. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กล่าวว่าจุดแข็งของจังหวัด คือ 1.) “เป็นคนใจง่าย ใครสั่งให้ทำอะไรก็จะทำหมด” หมายถึงหากกิจกรรมหรือโครงการนั้นเป็นประโยชน์ต่อประชาชน เจ้าหน้าที่ของ สสจ.สุราษฎร์ธานีจะก็รับนโยบายเพื่อดำเนินการหรือเข้าร่วมโครงการทันที 2) ความเข้มแข็งของเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายจะมีตั้งแต่ระดับ อสม. อปท.

ด้านผู้ให้บริการเห็นว่า บุคลากรมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการทำงาน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี บุคลากรระดับ CUP มีประสิทธิภาพสูง โดยมีทั้งจิตแพทย์ประจำ รพจ. 4 คน และมีพยาบาลเวชปฏิบัติชั้นสูง 3 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คนนอกจากนี้ยังมีเครือข่าย (อสม. แกนนำสุขภาพ แกนนำชุมชน) ที่เข้มแข็งสามารถติดต่อประสานงานได้เป็นอย่างดี ส่วนกลุ่มแกนนำได้เสริมว่า วัดและโรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ดีในงานด้านสุขภาพจิต นอกจากนั้นในพื้นที่มีชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้มแข็ง มี รพ.ดอนสัก เป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง รัฐบาลให้การสนับสนุนในการค้นหาและดูแลเด็กพิเศษ ให้การศึกษาระบบพิเศษฟรีและได้รับการติดตามดูแลที่ดี โดยมีบุคลากรทั้งด้านการศึกษาและสาธารณสุข นอกจากนั้นในชุมชนมีกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย อีกทั้งพื้นที่ยังถูกเลือกเป็นพื้นที่นำร่องในหลายโครงการทำให้มีการดำเนินงานโครงการต่างๆ และนโยบายจังหวัดยังเอื้อต่อการทำงานบริการจิตเวช

7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กล่าวว่าปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต คือ การขาดแคลนงบประมาณ งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลยังเป็นปัญหาและเข้าถึงยากหากเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต

ด้านผู้ให้บริการ

1. เจ้าหน้าที่เปลี่ยนงานบ่อย
2. เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัดแต่มีภาระงานเยอะ
3. งานด้านสุขภาพจิตเวชดำเนินงานให้เห็นผลงานเป็นรูปธรรมได้ยาก (ทำให้จัดลำดับความสำคัญไม่ได้)
4. เจ้าหน้าที่อาจขาดความตระหนัก ความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพด้านจิตเวช
5. เครื่องมือคัดกรอง สื่อประชาสัมพันธ์ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช ยังขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมีไม่เพียงพอ
6. โปรแกรมบันทึกข้อมูลใช้งานยุ่งยาก ซับซ้อน
7. ขาดการประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
8. ขาดงบประมาณ ซึ่งงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล เข้าถึงและได้รับการอนุมัติค่อนข้างยาก เพราะต้องผ่านกระบวนการพิจารณาจากกรรมการ

แกนนำชุมชน

1. เจ้าหน้าที่ขาดการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์
2. ขาดเครื่องมือ สื่อ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช
3. ผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือคนในชุมชน
4. คนในชุมชนขาดศีลธรรม นำไปสู่ปัญหาสารเสพติด การดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
5. ชุมชนไม่ยอมรับ และไม่ไว้วางใจหรือไม่เชื่อถือการทำงานของ อสม. ทำให้การทำงานยากลำบากขึ้น

เจ้าหน้าที่ อสม.

1. ภาระงานค่อนข้างมาก รับหน้าที่หลายด้าน
2. นโยบายที่มีเงินค่าตอบแทน/ค่าป่วยการให้กับ อสม. ทำให้แนวคิดการทำงานแบบจิตอาสาหายไป ต้องทำงานแลกเงินแทน
3. มีสื่อประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเวลาที่ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยหรือชาวบ้าน
4. การทำงานเน้นประสบการณ์แต่ไม่มีแนวทางการทำงานที่ง่ายและนำไปใช้อธิบายในพื้นที่ได้เลย
5. ตัวผู้ป่วย/ญาติไม่ยอมรับการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ญาติมักไม่เปิดใจ ปกปิดไม่ให้คนอื่นทราบ
6. คนในชุมชนบางคนยังมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น มองว่าบ้า รังเกียจ กลัว เป็นต้น
7. ตัวผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วย ญาติไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ
8. ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลขาดความเข้าใจในกระบวนการรักษา มักคาดหวังว่าหากไปพบแพทย์และได้รับยามาทานแล้วจะต้องหายขาด หากไม่หายขาดมักมองว่ายานี้ไม่ดี และจะไม่ไปพบแพทย์อีก

8. ความต้องการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลแม่ข่ายคู่สัญญาหรือ CUP

จากการร่วมสนทนากลุ่มในแต่ละระดับ สรุปความต้องการของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

8.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

1. อยากให้มีแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่แท้จริง ชัดเจนและทำได้เป็นรูปธรรม โดยไม่ควรเปลี่ยนตัวชี้วัดบ่อย
2. เพิ่มแนวทางและวิธีที่จะเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ซึ่งจะทำให้คนที่ไม่ได้มีพื้นฐานด้านงานสาธารณสุขสามารถมีองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขและด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ในกลุ่มของ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมาก ถ้าสามารถพัฒนากลุ่มนี้ได้ก็จะเป็นการดีที่สุด
3. กรมสุขภาพจิตสนับสนุนแบบฟอร์มการดำเนินงาน เครื่องมือคัดกรอง และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการให้เพียงพอ

8.2 ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

1. จัดสรรงบประมาณให้ทั่วถึง
2. บุคลากรควรมีการศึกษาดูงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
3. จัด Mobile Clinic โดยมีแพทย์/พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชลงเยี่ยมชุมชนอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง

4. สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรเข้าอบรมฟื้นฟูทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากร โดยไม่ต้องเบิกจากต้นสังกัด

5. เพิ่มค่าตอบแทน/เบี้ยเลี้ยงการลงเยี่ยมบ้าน สนับสนุนรางวัลสำหรับทุกระบบการบริการที่ทำงานเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามเกณฑ์

6. พัฒนาการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ผ่านระบบ Skype

7. สนับสนุนแบบคัดกรอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

8. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือน/

8.3 กลุ่มแกนนำ

1. เพิ่มการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำผู้ป่วยทางจิตเวชเข้าสู่ระบบการรักษาให้มากขึ้น

2. จัดงบประมาณในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูให้เพียงพอ

3. สนับสนุนค่าตอบแทน/เบี้ยเลี้ยงการคัดกรอง การลงเยี่ยมบ้าน และให้รางวัลแกนนำที่ทำงานเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามเกณฑ์ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจกับผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต

4. สนับสนุนแบบคัดกรอง สื่อ/คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นให้เพียงพอ รวดเร็ว ต่อเนื่อง แบบคัดกรองที่ชัดเจน ใช้งานง่าย

5. กรมสุขภาพจิตสนับสนุนด้านองค์ความรู้ เช่น เป็นวิทยากรในการจัดอบรมในช่วงที่มีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี

6. อยากให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่เคยประสบปัญหา เช่น เคยเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือเคยติดยาเสพติด

7. อบรมให้ความรู้การสังเกตอาการของผู้ป่วยจิตเวช การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เน้นใช้ภาษาง่ายๆ

8. อยากให้มีการจัดอบรมให้ความรู้ที่ต่อเนื่องในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่น เรื่องการเจรจาต่อรองกับผู้ป่วย การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลหรือสถานบำบัด เป็นต้น

9. อยากให้มีศูนย์ฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ผ่านมามีการดำเนินงานที่เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก จึงอยากให้มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมป้องกันในชุมชนด้วย

8.4 เจ้าหน้าที่ อสม.

- อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพในกลุ่มผู้ป่วย

- ส่งเสริมองค์ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป อสม. แกนนำ ชาวบ้าน ในด้านสุขภาพจิต ให้มีความเข้าใจ และปรับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น

- อยากให้เจ้าหน้าที่ รพ. ออกเยี่ยมประชาชนบ่อยขึ้น ถ้าเป็น รพ.สต. อยากให้ออกเยี่ยมบ้านอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- มีการประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น

- สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อสม. เช่น การศึกษาดูงาน การให้ค่าตอบแทนล่วงหน้า

- สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวช การรักษา และการดูแล

- ควรมีระบบที่ทำให้แพทย์ พยาบาลเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุม

- มีงบประมาณในการสนับสนุนการทำงานอย่างเพียงพอ

- ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง

ผลวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พื้นที่ CUP รามัน จังหวัดยะลา

1. การรับรู้ ทศนคติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ร่วมในการสนทนากลุ่มนี้ถึงคำว่า “คนบ้า” ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยเป็นผู้มีพฤติกรรมที่แปลกไม่เหมือนบุคคลทั่วไป หรือเป็นผู้ป่วยจิตไม่ปกติ ลักษณะภายนอกที่เห็นได้ชัดคือ พุดซ้าซาก หูแว่ว ประสานหลอน พุดแต่เรื่องเดิมๆ คิดว่ามีเหตุการณ์ร้ายๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการหวาดระแวงคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย เก็บตัว พุด ยิ้มหรือหัวเราะกับตัวเอง หลบหน้าผู้คน เก็บขะไว้ในบ้านเพราะคิดว่าอัลเลาะห์ส่งมา มีอารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกกลัวโลกเอียง เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เห็นว่าผู้ป่วยหรือญาติ เป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจ เพราะกลุ่มนี้ต้องมี “ความคิดเชิงบวก” ต่อกันเองหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก ที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและ/หรือครอบครัวไม่ยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหานี้ เป็นเพราะกลัวถูกสังคมรังเกียจ กลัวเสียชื่อเสียงตนเองและวงศ์ตระกูล แต่ในขณะที่เดียวกันเจ้าหน้าที่หลายคนกลัวหรือหวาดระแวงผู้ป่วยจะมาทำร้าย เพราะบางคนมีประวัติเคยอาละวาด เคยทำร้ายตัวเองและผู้อื่นมาก่อน ซึ่งในมุมมองนี้เองตรงกับเสียงสะท้อนของผู้ป่วยที่เข้าร่วมสนทนา โดยพวกเขาคิดว่า ครอบครัว ชุมชนและสังคมมองเขาเป็นเหมือน “คนบ้า” ที่มีจิตใจหรือพฤติกรรมไม่เหมือนคนทั่วไป ทำให้เกิดความกังวล กลัว กัดดัน สับสนในสิ่งที่ตนเองเป็น หากเปิดเผยอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับ และกลัวว่าชุมชน สังคมจะตีตราบาปแก่ตนเองได้ กลุ่มญาติเองบางคนยอมรับว่าในช่วงที่ทราบสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช รู้สึกสับสนและไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องจริง กลัวจะถูกมองไม่ดีจากคนในชุมชน ซึ่งทัศนคติแบบนี้ยังมีอยู่

ด้านความรู้สึกต่อการจัดบริการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หลายคนเห็นว่าที่ผ่านมาการจัดบริการด้านสุขภาพจิตไม่ทั่วถึง ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารหรือนโยบายให้ความสำคัญน้อยกว่าการจัดบริการสุขภาพทางกาย ผู้ป่วยจิตเวชได้รับบริการไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยทางกาย จึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ ส่วนความรู้สึกต่อการให้บริการสุขภาพจิตแก่ประชาชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หลายคนยังไม่เชื่อมั่นในศักยภาพการให้บริการ บางคนรู้สึกหงุดหงิด สับสนและไม่พอใจที่ตนเองไม่สามารถวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงบางรายก่อนที่เขาเหล่านั้นจะมีอาการและเป็นผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มแกนนำชุมชนและ อสม. ระบุลักษณะท่าทางและพฤติกรรมภายนอกของผู้ป่วยจิตเวชสอดคล้องกัน และตรงกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นอกจากนั้นแกนนำชุมชนอธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ที่มีลักษณะทางจิตที่มีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยจิตเวชธรรมดา เช่น หิวร้องเสียงดัง อาละวาด พุดจาไม่รู้เรื่อง เป็นผู้มีอาการผีเข้าหรือเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์หรือ “การโดนของ” ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมาพบการทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนเสียชีวิต จึงทำให้ชาวบ้านกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ และมีทัศนคติว่าผู้มีปัญหาทางจิตอาจมีอารมณ์รุนแรงและอาละวาดได้ทุกเมื่อ ชาวบ้านบางคนคิดว่าการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิตที่เดินตามท้องถนน จะทำให้เขาจดจำหน้าได้ กลัวว่าตนเองจะไม่ปลอดภัย

กลุ่มแกนนำและ อสม. เห็นว่าชาวบ้านรู้สึกสงสาร เห็นใจและอยากให้การช่วยเหลือกลุ่มนี้ แต่เนื่องไม่มีความรู้ ความสามารถจึงไม่กล้าเข้าหา นอกจากนั้นหากเข้าไปพูดคุยถามไถ่ กลัวว่าตัวผู้ป่วยมองว่าเข้าไปเพื่อ

เยาะเย้ยหรือสมน้ำหน้า การช่วยเหลือจึงควรเป็นหน้าที่ของ อสม. แกนนำหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่ชาวบ้าน และชุมชนก็พร้อมให้การสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าจะเป็นช่วงไหนก็ตาม

2. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ที่พบในพื้นที่และเป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ ปัญหาจิตเวชที่เกิดจากยาเสพติด โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า การทำร้ายและพยายามฆ่าตัวตาย ในมุมมองผู้ร่วมสนทนาทุกกลุ่มเห็นตรงว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้น พบได้ทุกกลุ่มอายุและปัจจุบันพบผู้เสพยาอายุน้อยลง โดยยาเสพติดที่พบในพื้นที่ ได้แก่ ใบกระท่อม ยาบ้า ยาไอซ์ ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมพบว่ามีการใช้ยาหรือสารตั้งต้นที่นำไปทำเป็นยาเสพติด เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ เพิ่มมากขึ้น

ทุกกลุ่มที่ร่วมสนทนาเห็นตรงกันว่าปัญหาจิตเวชในพื้นที่เกิดจากหลายปัจจัยเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะปัญหาจิตเวชที่เกิดจากยาเสพติด ผู้ร่วมสนทนาอภิปรายว่าสาเหตุหรือปัจจัยหลักเกิดจาก 1) ด้านตัวบุคคล โดยพบว่ากลุ่มผู้เสพยาเป็นเด็กและเยาวชนที่อยากรู้ อยากรอง คบเพื่อนไม่ดี ไม่มีภูมิหรือเกะกุ่มกันตัวเองที่ดีพอ 2) ด้านครอบครัว เป็นสถาบันสำคัญที่จะสร้างเกะหรือภูมิคุ้มกันให้กับเด็กและเยาวชน แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ที่เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มาจากครอบครัวแตกแยก ไม่มีความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวไม่เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นต้น กลุ่มญาติเห็นว่าสาเหตุนี้ส่งผลต่อปัญหาเด็กติดยา และเห็นว่าสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดจนทำให้เกิดปัญหาจิตเวชนี้ เป็นเพราะครอบครัวแตกแยก ไม่อบอุ่น ไม่มีที่พึ่งทางใจ 3) ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จากการสนทนาปัจจัยด้านนี้ผู้เข้าร่วมค่อนข้างแสดงความเป็นห่วง เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางการเข้าถึงยาเสพติดที่ง่ายขึ้น มีการสนับสนุนแอบแฝงในพื้นที่ให้เกิดการซื้อขาย รวมถึงการคิดสูตรยาเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงการตีสุราที่ผิดหลักศาสนาตลอดเวลาทำให้ผู้เสพยาเก่าและรายใหม่เกิดความอยากรู้ อยากรองเพิ่มขึ้น และที่สำคัญมีการปล่อยปะละเลยในการป้องปรามจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งระดับพื้นที่และส่วนกลาง กลุ่มแกนนำชุมชนและกลุ่ม อสม. ให้ข้อมูลว่ามีการซื้อขายยาเสพติดหรือสารตั้งต้นให้กับเด็กและเยาวชนอย่างเปิดเผย โดยผู้นำหรือหน่วยงานท้องถิ่นเห็นว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจนเป็นปกติ ไม่สามารถห้ามปราบหรือทำอะไรได้ จึงปล่อยให้ลักษณะเช่นนี้ดำเนินต่อไป นอกจากนั้นผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ก็มีผลสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตนี้ด้วย

ปัญหาโรคซึมเศร้าหรือจิตเวชก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งนั้นคืออาเภารามันเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่งผลต่อความเครียดของคนในพื้นที่อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะครอบครัวที่ได้รับผลกระทบโดยตรง กลุ่มเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดเยียวยาอย่างเร่งด่วน

3. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

จังหวัดยะลำนำแนวคิดของการจัดบริการแบบ Public Health and Emergency Response (PHER) มาปรับใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเดิมเน้นการให้บริการโรคระบาดและภัยสุขภาพ ในการนี้ นพ.สสจ. ยะลา ได้นำมาปรับใช้โดยรวมเรื่องสถานการณ์ความไม่สงบ ปัญหาจากสภาพแวดล้อม อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น ซึ่งแต่ละเรื่องก็จะมีผู้รับผิดชอบหลัก และผนวกการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแทรกไปด้วย การจัดบริการตามแนวทาง PHER ที่นำมาใช้ในงานสุขภาพจิต เบื้องต้นมุ่งเน้นไปที่ปัญหาสุขภาพจิต ทางจังหวัดขอความอนุเคราะห์โปรแกรมบันทึกข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว เพื่อบันทึกข้อมูลผู้เสพยาหรือผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด และพัฒนา อสม. ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด โดยอสม.จะมีข้อมูลผู้ป่วยทุกราย เมื่อประเมินผู้ป่วยและพบว่าต้องรักษาหรือบำบัดก็จะส่งข้อมูลให้กับ รพ.สต. เมื่อ รพ.สต.ได้รับข้อมูลแล้วก็จะประสานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มียาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และหากโรงพยาบาลแม่ข่ายเห็นว่าผู้ป่วยต้องการ

การบริการที่เพิ่มขึ้นก็จะส่งไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่าต่อไป เมื่อรักษาเสร็จก็จะส่งกลับตามระบบเหมือนเดิม สุดท้ายก็จะไปถึง รพ.สต. และแจ้งกลับไปที่ อสม. เพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนั้นจังหวัดยะลาจะพัฒนาทีมช่วยเหลือเบื้องต้น (First Responder: FR) เพื่อรองรับปัญหาวิกฤติ เช่น อุบัติเหตุ และผู้ป่วยโรคจิตคลุ้มคลั่ง และขยายเข้าไปในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน มีโรงพยาบาลยะลาเป็นผู้อบรม อีกทั้งจะมีการประสานระหว่างโรงพยาบาลและทีมในพื้นที่เพื่อเข้าไปช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย

โครงสร้างการทำงานในระดับพื้นที่ จะมี รพ.สต. เป็นเหมือนศูนย์กลางในการจัดบริการทั้งด้านการคัดกรอง ค้นหา ส่งต่อเพื่อรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย งานด้านสุขภาพจิตจัดอยู่ในส่วนงานส่งเสริมสุขภาพ แต่ละ รพ.สต. มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน หากมีผู้ป่วยจิตเวชเข้ามาใช้บริการที่ รพ.สต. จะให้เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น แต่ถ้าผู้รับผิดชอบไม่อยู่หรือติดภารกิจจะมีเจ้าหน้าที่คนอื่นมาดูแลแทน ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบหลักจะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ยกเว้นบาง รพ.สต. ที่ยังไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ นอกจากนั้นแต่ละ รพ.สต. จัดให้มีระบบช่องทางด่วน หากมีผู้ป่วยจิตเวชเข้ามาใช้บริการก็จะสามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องรอคิว

รพ.สต. จะประสานความร่วมมือและอบรมให้กับ อสม. แกนนำชุมชน ในด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น การดูแลติดตามผู้ป่วย การให้คำแนะนำเบื้องต้น นอกจากนั้นจะประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ ได้แก่ ทหาร ตำรวจ อปท. ในกรณีพบผู้ป่วยจิตเวชอาละวาด เพื่อนำตัวผู้ป่วยส่ง รพ. ซึ่งที่ผ่านมา ทหารจะเป็นหน่วยงานที่ รพ.สต. ขอความช่วยเหลือบ่อยที่สุด สำหรับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 มีการใช้บริการบางพื้นที่ และพบว่ายังมีข้อจำกัดเรื่องกำลังคน วัสดุ อุปกรณ์และความรวดเร็วในการให้บริการ จึงไม่ได้ใช้บริการมากนัก

ด้านระบบส่งต่อเพื่อรักษา ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมี 2 ระบบคือ 1) ระบบที่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จะทำหน้าที่ติดต่อและส่งไปยัง รพ.รามาธิบดี เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาแต่หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งตัวต่อไปที่ รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 2) ผู้ป่วยหรือญาติดำเนินการเองโดยไม่ผ่าน รพ.สต. ซึ่งมักจะเข้ารับการรักษาที่ รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์เลย หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเรียบร้อยแล้ว รพ.จิตเวชฯ จะส่งตัวผู้ป่วยมาที่ รพ.รามาธิบดี ศูนย์บำบัดยาเสพติด และรพ.สต. แต่ในการส่งทะเบียนข้อมูลหรือประวัติผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของผู้ป่วยหรือญาติด้วย

4. การดำเนินงานระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

4.1 การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยจิตเวช

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะมอบหมายให้ อสม. หรือแกนนำชุมชน ค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ด้วยแบบสัมภาษณ์ 2Q และยืนยันด้วย 8-9Q โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในกลุ่มประชาชนตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ได้ผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ดังนั้น อสม. หรือแกนนำชุมชนถือว่ามีความสำคัญต่องานด้านสุขภาพจิต ปัจจุบันพบว่า มี อสม. ประมาณครึ่งหนึ่งให้ความสนใจงานด้านนี้อย่างจริงจัง และชาวบ้านเองก็ให้ความสำคัญและยินดีให้ความร่วมมือกับ อสม. เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบทบาทที่ อสม. ต้องติดตามกลุ่มผู้ป่วยเพื่อขึ้นทะเบียน 774

กลุ่มแกนนำชุมชนและ อสม. นอกจากค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตด้วยการคัดกรองตามแบบสัมภาษณ์แล้ว ทุกคนเห็นว่าการเฝ้าติดตามหรือสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน การสอดส่องดูแลเสมือนเป็นคนในครอบครัว จะทำให้ค้นหาผู้ป่วยให้มากและถูกต้องมากขึ้น การใช้แบบสัมภาษณ์บางครั้งดำเนินการเพราะรับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่หรือต้องการปริมาณงานแต่ไม่อาจบอกได้ว่าคนนั้นมีปัญหาจริงหรือไม่

4.2 การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา

หลังจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยืนยันผลกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองของ อสม. จะส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาต่อที่ รพ.รามัน หลังจากนั้นจะรอรับผลหรือทะเบียนประวัติผู้ป่วยบางรายที่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้าน ประเด็นดังกล่าว เจ้าหน้าที่รพ.สต. เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมให้เยี่ยมบ้านอาจมีปัญหาเรื่องการดูแลที่ไม่ถูกวิธี การกินยาไม่ต่อเนื่องได้

จังหวัดยะลา ไม่อนุญาตให้มีيارักษาผู้ป่วยจิตเวชอยู่ใน รพ.สต. ไม่ว่าเป็นชนิดใดก็ตาม เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เอง เพราะยาในกลุ่มนี้ผู้ติดยาเสพติดสามารถนำไปใช้ตัดแปลงเป็นยาเสพติดได้ ที่ผ่านมามีการจี้ปล้นยาหรือข่มขู่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกิดขึ้น ดังนั้น รพ.สต. จึงไม่มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วย แต่จะเน้นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูให้คำปรึกษา และแนะนำให้กินยาอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ได้รับทะเบียนส่งต่อของผู้ป่วยจากรพ.รามัน

นอกจากนั้น รพ.สต. จะรักษาตามอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการของโรคทางกาย เช่น ให้อาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและหาหาทองหรือกิจกรรมให้ทำ เช่น พาไปเล่นหมาด ใช้ศาสนาบำบัด กรณีเป็นโรคที่เกิดจากความเครียดก็ต้องหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไรแล้วให้คำปรึกษา หากมีอาการรุนแรงก็ส่งต่อโรงพยาบาล

ในระดับชุมชนกลุ่มแกนนำและ อสม. จะเป็นปราการด่านแรกที่รับทราบสถานการณ์ผู้ป่วย ต้องเป็นผู้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งกลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. ค่อนข้างเข้าใจระบบหรือขั้นตอน เช่น การประสานงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน ญาติ ทหาร ตำรวจ อบต. ทั้งกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรงหรือผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ได้เป็นอย่างดี แต่ยอมรับว่าไม่เชื่อมั่นในช่วยเหลือเบื้องต้นของตน และไม่สามารถอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการเพื่อช่วยให้ญาติหรือครอบครัวอื่นผ่อนคลายความกังวล อสม. บางคนยอมรับเช่นกันว่าบางครั้งตนเองไม่สามารถควบคุมสติหรือการแสดงออกของตนได้

4.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน รพ.สต. จะได้รับทะเบียนประวัติผู้ป่วยและวางแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านได้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ยินยอม โดยมี อสม. เป็นแกนกลางสำคัญในการเฝ้าสังเกตอาการ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และรายงานสถานการณ์ต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมทั้ง อสม. จะลงเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง และหากเป็นผู้ป่วยซับซ้อน จะมีการประสานการลงเยี่ยมบ้านร่วมกับรพ.รามัน ทหาร ตำรวจ แนวทางการฟื้นฟูหนึ่งที่พบการดำเนินงานเกือบทุกพื้นที่ นั่นคือ การใช้หลักศาสนา หรือโต๊ะอิหม่าม เข้ามาช่วยบำบัดรักษา โดยมีแกนนำชุมชนเป็นหลักในการดำเนินงาน

นอกจากนั้นในหลายพื้นที่มีการทำกิจกรรมหรือส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วย โดยร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ เช่น อบต. กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงเรียน โดย อสม. ชาวบ้านจะเป็นตัวประสานและสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้ ที่ผ่านมามีบางพื้นที่ที่ดำเนินการแล้วเข้มแข็ง ยั่งยืน ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญและเอาจริงเอาจังของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อบต. แกนนำชุมชน ด้วย

4.4 การป้องกันและส่งเสริมด้านสุขภาพจิต

การดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมงานด้านสุขภาพจิตมีลักษณะคล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ ส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการค้นหา การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ อสม. และแกนนำ เพื่อสามารถดำเนินงานและเชื่อมข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้ และกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมด้านสุขภาพจิตจะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มโรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น ปัญหายาเสพติด กลุ่มผู้ป่วย

สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ เป็นต้น โดยเฉพาะปัญหาเสพติดที่พบว่าเกือบทุกพื้นที่ได้รับรางวัล ประชาสัมพันธ์ทั้งในกลุ่มผู้เสพ เด็กและเยาวชนในสถานศึกษา รวมทั้งผู้ปกครองในชุมชน

5. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ภาพรวมของกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ทั้ง นพ.สสจ. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. เห็นตรงกันว่ามีแนวโน้มและทิศทางการทำงานที่ดีขึ้น มีระบบการคัดกรอง การส่งต่อ รักษา ติดตามฟื้นฟู รวมทั้งโครงสร้างการทำงาน ระบบสนับสนุนที่กระจายไปในพื้นที่ต่างๆ มากขึ้น กิจกรรมด้านต่างๆ เริ่มเห็นเป็นรูปธรรมและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ นำประสบการณ์ไปปรับใช้ในพื้นที่ของตน ยกตัวอย่างเช่น การประสานงานและได้รับความร่วมมืออย่างดีระหว่าง รพ.รามัน กับ รพ.สต. ในการรับและส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถติดต่อกันได้โดยตรงและสามารถขอความช่วยเหลือได้ทุกครั้ง รวมถึงการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ อสม. อย่างเต็มที่ อีกทั้งการประสานงานกับหน่วยงานทหาร ตำรวจ อบต. แกนนำชุมชน และ 1669 มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยเฉพาะ อสม. สามารถดำเนินการในเบื้องต้นได้

แต่หากพิจารณาการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมการให้บริการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทั้งสองกลุ่มเห็นตรงกันเช่นกันว่า ยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจและตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ยังพบคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเป็นกลุ่มที่ไม่เคยรับการคัดกรองในพื้นที่ พบผู้ป่วยเก่าไม่ได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่องและกลับเข้ามาโรงพยาบาลด้วยอาการรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งพบว่าปัญหาต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นเพราะยังไม่มีการค้นหากลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในเชิงรุกอย่างครอบคลุม รวมทั้งขาดการดูแลรักษาผู้ป่วยเก่า และหากแบ่งความสำเร็จของการทำงาน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแล้ว และส่งตัวรวมทั้งทะเบียนประวัติมาที่ รพ.สต. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน แล
- กลุ่มที่ประสบความสำเร็จปานกลาง คือ โรคซึมเศร้า เครียด วิดกกังวล ผู้ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มที่สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างชัดเจน สามารถเฝ้าสังเกต คัดกรองได้
- กลุ่มที่ประสบความสำเร็จน้อย คือ ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยดังที่กล่าวมา เป็นปัญหาเชิงสังคมซึ่งต้องแก้ไขทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง

6. ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ ทำให้เป็นที่รู้จัก เชื่อมั่น เชื่อใจและยอมรับของชาวบ้าน
 - โรงพยาบาลรามันมีพยาบาลจิตเวช เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน
 - แต่ละ รพ.สต. กำหนดผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่แน่นอน และมีแนวทางหรือระบบที่ทุกคนสามารถทำงานแทนกันได้ รวมทั้งมีแนวทางบริหารจัดการในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. เพื่อการดำเนินงานที่สะดวกและเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น
 - เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถปรับเปลี่ยนการทำงานตามสถานการณ์ได้
 - มี อสม. ที่สนใจงานด้านสุขภาพจิตระดับหนึ่งและมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน จนเกิดเป็นเครือข่าย อสม. ที่สามารถพัฒนาและเป็นแกนหลักของพื้นที่ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต
 - ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ให้ความร่วมมือและร่วมในการวางแผนดำเนินงาน

- หน่วยงานทหาร ตำรวจและหน่วยงานอื่นๆ (กำลังคน อุปกรณ์) ในพื้นที่ คอยสนับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทั้งบางพื้นที่มีหน่วยบริการ EMS ที่เข้มแข็งเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวช

- การประสานงานภายในเป็นระบบ ระหว่าง รพ.สต. กับ รพช. โดยสามารถติดต่อประสานงานได้โดยตรงกับจิตแพทย์เพื่อปรึกษากรณีมีผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่

- โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ CUP ให้ความร่วมมือในการสนับสนุนทางด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์

7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีหลายภาระหน้าที่รับผิดชอบ ไม่เพียงพอต่อภาระงานหลายๆ ด้านในปัจจุบัน เกิดลักษณะ “งานล้นมือ”

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บางส่วนยังขาดทักษะ ความรู้ ประสบการณ์การทำงานที่มากพอในการรับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ยังเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตไม่มากพอ อาจเนื่องจากไม่มีความชัดเจนของนโยบายและตัวชี้วัด รวมทั้งขนาดของปัญหายังมีน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาทางกาย ดังนั้นการเสนอแผนชุมชนเพื่อของบประมาณ งานด้านสุขภาพจิตจึงไม่ถูกบรรจุเพื่อขอสนับสนุน

- โรคทางจิตเวชเป็นโรคมีความซับซ้อน วินิจฉัยยาก ต้องใช้ระยะเวลาานาน ทำให้การนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการเป็นเรื่องยาก

- การทำงานเน้นตามนโยบายเป็นหลัก หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทำให้งานที่เคยดำเนินการไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งทำงานตามกระแสนโยบาย และการให้ความสำคัญจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เจ้าหน้าที่จะเน้นงานด้านนี้ก่อนงานอื่น

- โปรแกรมบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยาก ซับซ้อน เจ้าหน้าที่เองขาดทักษะ รวมทั้งการโยกย้ายของเจ้าหน้าที่ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

- มีการดำเนินกิจกรรมเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทำให้ผู้ป่วยในช่วงที่มีอาการรุนแรง ยากต่อการรักษา

- ไม่มีคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติ (CPG) ในการทำงานด้านสุขภาพจิต

- มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยจาก รพ.รามัน มายัง รพ.สต. ล่าช้า ทำให้การติดตามผู้ป่วยล่าช้าไปด้วย

- ไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยตรงเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต ไม่เหมือนงานด้านโรคเรื้อรัง ที่มีกองทุนระดับตำบลรองรับ

- มีเครื่องมือการคัดกรองสนับสนุน แต่ต้องให้พื้นที่ รพ.สต. พื้นที่สำเนาเอกสารเอง ซึ่งมีงบประมาณมีค่อนข้างจำกัด

- ขาดเอกสารและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคจิตเวชสำหรับประชาชนทั่วไป

- รูปแบบและแนวทางการนิเทศ ติดตามงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ของโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือ CUP ยังไม่มีประสิทธิภาพ เน้นการติดตามด้านปริมาณ

- นโยบาย “งานแลกเงินของ สปสช.” ทำให้บุคลากรขาด “จิตสาธารณะ” ในการทำงาน

- การหาเสียงของผู้นำในท้องถิ่นที่มุ่งเน้นฐานเสียง แต่ไม่ได้พิจารณาเรื่องแนวทางการปฏิบัติ การดูแล รักษา ที่ถูกต้อง บางครั้งข้ามขั้นตอนที่ควรกระทำตามหลักเกณฑ์

- การระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย การเข้าถึงเพื่อแก้ไขต้นตอของปัญหาเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาจิตเวชเป็นเรื่องยาก สาเหตุของยาเสพติดในพื้นที่มีการเชื่อมโยงหลายด้าน ทั้งด้านตัวบุคคล ครอบครัว สังคม การเมือง ที่สำคัญมีเรื่องของอิทธิพลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย หากเข้าไปแก้ไขหรือยุ่งเกี่ยวมากนักก็จะมีผลต่อความเป็นปกติสุขของชีวิตได้

- ยังมีประชาชนและผู้ป่วยบางคนไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เชื่อมั่นในการให้บริการ ไม่เชื่อในทักษะประสิทธิภาพบริการด้านสุขภาพจิต
- ผู้ป่วย/ญาติบางคน ไม่ยอมว่าตนหรือสมาชิกในครอบครัวป่วย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน เพื่อการส่งต่อรักษา ฟื้นฟูต่อไป

8. ความต้องการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลแม่ข่ายคู่สัญญา หรือ CUP

8.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- กรมสุขภาพจิตประสานกับ สปสช. เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับให้เป็นรูปธรรม
- ประสานสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อติดตาม สนับสนุนด้านวิชาการ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง และให้สถาบันดังกล่าวเข้าใจระบบการทำงานด้านจิตเวชเพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อไป
- หาแนวทางเพื่อเพิ่มบุคลากรนักจิตวิทยาให้มากขึ้น เพราะนักจิตวิทยาสามารถทำงานเชิงรุกในการลงพื้นที่ ทั้งด้านการเยียวยา การจัดทำข้อมูลเพื่อการวางแผนการทำงานด้านส่งเสริม ป้องกัน ในปัจจุบันถือว่ายังขาดแคลน และควรส่งเสริม สนับสนุนให้นักจิตวิทยาได้เรียนต่อ เพื่อเพิ่มพูนวิชาการ และมีความมั่นคงในอาชีพ
- เพิ่มจิตแพทย์ให้มากขึ้น

8.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

- พัฒนาและส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในด้านการดูแล รักษา ฟื้นฟู งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
- เพิ่มบุคลากรที่มีความจำเพาะต่องานจิตเวชเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดให้บุคลากรอบรม 4 เดือนอย่างทั่วถึง
- จัดเวที เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือศึกษาดูงานพื้นที่ดำเนินงานด้านจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ เพื่อการปรับใช้ในพื้นที่ของตน
- สร้างขวัญ กำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวช ทั้งที่เป็นค่าตอบแทนหรือเพิ่มระดับขั้นที่สูงขึ้น
- ปรับปรุงรูปแบบการทำงานแลกเปลี่ยนให้เกิดความเป็นธรรมและยังคงอยู่ของความเป็นจิตอาสาของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งให้เปรียบเสมือนงบประมาณที่สนับสนุนนั้นเหมือน “น้ำมันหล่อลื่นที่จะเป็นแรงขับเคลื่อน” ของการทำงาน อาจจัดสรรเงินรายหัวล่วงหน้าเพื่อให้แต่ละพื้นที่นำงบประมาณมาบริหารจัดการงานด้านสุขภาพจิตเพื่อความคล่องตัว
- อยากรได้งบประมาณเพื่อใช้ในการจัดสรรของเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช
- กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนเทคโนโลยีด้านอื่นๆ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย หรือการส่งเสริมป้องกันงานด้านสุขภาพจิตที่หลากหลาย
- สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์หลายๆ รูปแบบ เช่น วีซีดี การแก้ปัญหาเปิดช่วงคนไข้อรอตรวจ และมีการประชาสัมพันธ์งานด้านสุขภาพจิตจากส่วนกลางผ่านหลากหลายช่องทาง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายเสียงชุมชน
- กรมสุขภาพจิตต้องมีนโยบายที่ชัดเจน เข้มข้น พัฒนาตัวชี้วัดที่ชัดเจนและเน้นให้เห็นผลงาน
- พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลและรายงานผลระบบออนไลน์ เพื่อสะดวกในการบันทึก การรับส่งข้อมูล โดยต้องใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน

- อยากให้มีการคิดระบบ work load ให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ซึ่งปัจจุบันมีเฉพาะการคิดให้กับโรคทางกายเท่านั้น
- กรมสุขภาพจิตควรมีการเชื่อมต่อหรือมีการประสานงานความร่วมมือจากสภาพยาบาลด้วยเพื่อให้มีการทำงานสอดคล้องกับงานด้านสุขภาพจิตด้วย
- ควรจัดตั้งโรงพยาบาลจิตเวชครบทุกจังหวัด หรืออย่างน้อยในพื้นที่ชายแดน 3 จังหวัดภาคใต้ควรมีโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง เพราะพื้นที่อยู่ห่างไกลจาก รพ.จิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ไม่สะดวกในการเดินทาง และคนในพื้นที่มักจะพูดภาษาถิ่นเดียวกันทำให้คุยกันเข้าใจง่ายขึ้น หรืออย่างน้อยก็อาจจะมีการเพิ่มเตียงให้กับ รพ.จิตเวช สงขลาราชนครินทร์ เพราะปัจจุบันมีเตียงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น